Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 10 stycznia 1885. **№ 2.** Rok XXIV.

I. Z Zakładu farmakologicznego w Dorpacie.

Nowy odczynnik na połączenie tlenku węgla z hemoglobiną.

Podał Dr. **Stanisław Szczepan Zaleski.**
Asystent przy tymże Instytucie.

Pewne badanie toksykologiczne dało mi możność zwrócenia uwagi na następującą reakcyję tlenku węgla: Roztwory chlorku miedzi ($Cu_2 Cl_2$) w kwasie solnym albo amonijaku pochłaniają tlenek węgla w znacznych ilościach. Należało się więc spodziewać, że jeżeli roztwór podobny z możliwie obojętném oddziaływaniem podziała na połączenie tlenku węgla z hemoglobiną, powinowactwo tegoż roztworu do tlenku węgla okaże się większém, aniżeli do hemoglobiny. W tym celu przygotowałem roztwory $Cu_2 Cl_2$ w HCl o rozmaitém zgęszczeniu i zobojętniałem je następnie amonijakiem. Żaden z powyższych roztworów nie był w jednym i tym samym stopniu zobojętniony, używałem bowiem roztworów od słabo kwaśnego aż do słabo alkalicznego odczynu. Kilka kropli takiego roztworu $Cu_2 Cl_2$ wystarczało, aby w 5—10 cm. sz. krwi wywołać następujące zjawiska: Z krwi, zawierającéj tlenek węgla, wydziela się po kilku minutach gęsta, ceglasta, kosmkowata masa, gdy zwyczajna krew zawiera ciemny, czekoladowo-brunatny osad. Powyższe różnice w zabarwieniu występują szczególniéj wyraźnie wtedy, gdy oba osady pozostawia się przez czas dłuższy, aby zupełnie na dno opadły, zlewa się płyn nad niemi zebrany, a pozostałość wodą rozcieńcza.

Fakt niniejszy posłużył za pobudkę do wypróbowania także wpływu innych preparatów miedzi na krew zwykłą i zawierającą tlenek węgla. W tym celu wykonane zostały liczne reakcyje z roztworami siarczanu, chlorku miedziawego, octanu i azotanu miedziowego ($Cu SO_4$, $Cu Cl_2$, $Cu (C_2 H_3 O_2)_2$, $Cu (NO_3)_2$), przyczém starałem się empirycznie oznaczyć stopień zgęszczenia odczynników, zarówno jak i ich ilościowy stosunek do próby krwi. Przedewszystkiém zauważyć należy, że każdy ze wspomnianych preparatów miedzi wywołał co do zabarwienia obu równoległych prób krwi te same zjawiska, jak zaznaczono powyżéj przy reakcyi z roztworem chlorku miedzi w kwasie solnym, *resp.* w amonijaku. Roztwory tlenników mają nad roztworami chlorku miedzi tę wyższość, że je łatwiéj przygotować, i że więcéj są trwałe. Nasycony roztwór odpowiedniéj soli rozcieńcza się potrójną ilością wody. Krwi bierze się 2 cm. sz. i rozcieńcza taką samą ilością wody. Do 4 cm. sz. tak powstałéj próby krwi dodać należy roztworów $Cu SO_4$ albo $Cu (NO_3)_2$ 3 krople, roztworu $Cu Cl_2$ 2 krople, roztworu $Cu (\bar{A})_2$ 7 kropli. Po dodaniu odczynnika należy dobrze wstrząsnąć epruwetką. Jeżeli się doda o jednę kroplę za mało, nie należy się spodziewać, aby reakcyja nastąpiła; jeżeli się doda 1—2 kropli za wiele, można jeszcze wprawdzie spostrzedz oddziaływanie, ale tylko przejściowo. Osobne doświadczenia przekonały mnie, że z pozostałych gazów, które krew może pochłaniać: tlen (O), kwas węglowy (CO_2), siarkowodowy (SH_2), chloroform ($CH Cl_3$), kwas pruski (HCN), tlenek azotu ($N_2 O$) **nie dają** powyższéj reakcyi.

Krew, zawierająca CO, oddziaływa na roztwory miedzi nawet po 12stodniowém staniu przy pokojowéj temperaturze. Szkoda tylko, że czułość reakcyi nie jest bardzo wielką. Jeżeli zmięsza się krew, nasyconą tlenkiem węgla, z równą ilością krwi zwykłéj, reakcyja występuje wtedy jeszcze dosyć wyraźnie. Po zmięszaniu jednak jednéj części krwi, zawierającéj CO, z 3ma częściami krwi zwykłéj, staje się już bardzo chwiejną. Tym sposobem stopień jéj czułości jest ten sam, co reakcyi Salkowskiego, która według moich badań należy do najpewniejszych.

Jeżeli się rurkę szklaną, w któréj przedsięwzięto reakcyję, zatopi, to można tę reakcyję rozpoznać wyraźnie jeszcze po 5 tygodniach. Dodanie soli miedzi nie przeszkadza bynajmniéj spektralnemu badaniu: próba krwi po dodaniu przetworu miedzi wykazuje charakterystyczne smugi absorpcyjne zarówno przed, jak i po redukcyi za pomocą siarczku amonu.

Tym sposobem pozostało nam tylko za pomocą doświadczeń na zwierzętach wypróbować pewność reakcyi. W tym celu upuszczałem krwi zwierzętom, zatrutym tlenkiem węgla, w różnych okresach zatrucia a także i po śmierci i przekonywałem się zawsze, że charakterystyczne zabarwienie osadu występowało po wkropleniu któregokolwiek z 4 powyższych preparatów miedzi, a w zatopionych rurkach utrzymywało się nawet po 3—4 tygodni a może i dłużéj. Długo trwające kłócenie krwi w celu wydalenia z niéj włóknika, jak również 1—1½ godziny sztuczny oddech u zwierzęcia, zatrutego CO, nie wpływa w znacznym stopniu na samo oddziaływanie. Doświadczenia, przedsięwzięte na zwierzętach w celu skontrolowania reakcyi ze wszystkiemi innemi wyżéj wymienionemi gazami, doprowadziły do zupełnie ujemnych rezultatów. Zupełnie jest obojętném, czy ze zwierzęcia, zatrutego tlenkiem węgla, wziąć próbę zaraz po śmierci, czy téż dopiero po kilku dniach, czy pozostawić trupa w pokojowéj temperaturze, czy też przez kilka dni w zimnie aż do stężenia.

Wyniki swoich badań zestawiam w następujących zdaniach:

1) Reakcyja z solami miedzi zasługuje, ażeby ją zaliczono do rzędu reakcyj na połączenie tlenku węgla z hemoglobiną (CO hb).

2) Z tego względu godną jest uwagi w celach sądowo-lekarskich.

3) Reakcyja za pośrednictwem miedzi tém się od innych odznacza, że charakterystyczne zabarwienie utrzymuje się także i na powietrzu, w otwartych naczyniach, jeżeli je tylko w spokoju pozostawić.

4) Reakcyja ta pozwala nam z jednéj i téj saméj porcyi wnosić o obecności CO we krwi także i drogą spektralnéj analizy.

5) W celach sądowo-lekarskich kwalifikuje się do przechowywania prób w zalutowanych rurkach [1].

II. O rozmaitości form uwiądu rdzenia pacierzowego.

Napisał prof. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

W celu drobnowidowego badania skrawków barwiłem je safraniną według metody[2]) niedawno temu przezemnie podanéj. Korzyść, jakiéj nam ta metoda użycza, polega na tém, że barwi różnie i we właściwy sposób z jednéj strony istotę zawartą w pochewkach rdzennych nerwów, a z drugiéj strony tkankę podścieliskową, względnie jéj jądra. Badający jest więc w stanie śledzić równocześnie zachowanie się chorych włókien nerwowych i śródmiąższowéj tkanki łącznéj i wyniki otrzymane przy badaniu nerwów kontrolować przez ich porównanie z wynikami otrzymanemi z badania tkatki śródmiąższowéj.

Safranina, barwiąc wśród pewnych warunków tylko warstewkę cienką zazwyczaj przyległą do włokienka osiowego, posiada własność barwienia całéj pochewki rdzeniowéj na czerwonobrunatno w tych rdzeniach, które zostały stwardnione w rozczynie zwłaszcza soli chromowéj, gdy skrawki przed barwieniem wystawi się przez jakiś czas na działanie rozczynu chromanu potasowego.

Przy silném powiększeniu można rozpoznać, że barwik czerwonobrunatny tkwi przedewszystkiém w istocie rdzennéj nerwów, z których składa się istota biała rdzenia pacierzowego. Ta istota rdzenna składa się z kilku pierścieni, z których najzewnętrzniejszy lub też przylegający tuż do włókienka osiowego lub tak też jeden jak i drugi pierścień szczególnie ciemno jest zabarwiony. Ciemno zabarwione pierścienie odpowiadają chromoleptycznéj istocie, jasne pierścienie zaś właściwéj osłonce rdzeniowéj.

Bardzo pięknie występują równocześnie także tak zwane „bezrdzenne“ włókna siatki nerwowéj, rozgałęziającéj się w szaréj istocie rdzenia, na dowód, że ponieważ safranina nie barwi włókienka osiowego, także „bezrdzenne“ włókna zawierają istotę chromoleptyczną.

Barwieniu jednak tkanki śródmiąższowéj, jakotéż zachowaniu preparatów nie sprzyja niestety stwardnienie rdzenia w rozczynie soli chromowéj. Preparaty bowiem zamknięte w balsamie kanadyjskim zmieniają się po jakimś czasie. Jeżeli więc chce się otrzymać zabarwienie jąder tkanki śródmiąższowéj i samą tkankę śródmiąższową, to należy skrawki z rdzeni stwardniałych w rozczynie soli chromowéj włożyć przed barwieniem do płynu Müllera na kilka dni. Jeżeli teraz barwi się skrawki safraniną, to barwią się nietylko nerwy, ale także jądra tkanki łącznéj i tkanki neuroglijowéj, a mianowicie barwią się fijołkowo. Jeżeli ma być cała siatka neuroglijowa wraz z jądrami przedstawioną, to korzystną jest rzeczą użyć do barwienia wyskokowego rozczynu safraniny, gdyż ten nadaje całéj sieci neuroglijowéj lekki fijołkowy odcień.

Najprzód rozchodziło się o poznanie ogólnego obszaru zwyrodnienia w powrózkach tylnych i jego rorzprzestrzenienia się wzdłuż całego rdzenia, a następnie należało określić przyrodę sprawy chorobowéj, która sprowadziła zwyrodnienie.

Obu tym zadaniom odpowiedziała safranina w wyborny sposób. Barwiąc bowiem chromoleptyczną istotę i istotę rdzenną brunatno-czerwono przy pewném postępowaniu z preparatami wyszczególnia safranina tkankę zdrową od choréj w bardzo wybitny sposób. Przestając zaś barwić istotę rdzenną i chromoleptyczną już wtedy, kiedy zaledwie pierwsze początki zwyrodnienia pojawiają się w nerwach, daje nam wspomniany barwik pewny środek do rozróżnienia pierwotnego zwyrodnienia nerwów.

Do przedstawienia obszaru zwyrodniałego w tylnych powrózkach i jego rozprzestrzenienia się wzdłuż rdzenia pacierzowego użyłem metody barwienia osłon rdzennych. Przy téj metodzie występuje przy małém powiększeniu tkanka, zawierająca zdrowe, t. j. prawidłowe, nerwy w barwie brunatno-czerwonéj, a części składające się z chorych, t. j. ze zwyrodniałych nerwów występują albo w barwie białéj albo nie barwią się wcale.

Bezbarwne obszary mają w rdzeniu chorym następujący kształt i ułożenie.

Część szyjna. Tu, a szczególnie w obszarze nabrzmienia szyjnego, występują one, bardzo pięknie i ostro. Bezbarwnemi są:

1) Powrózki Golla w całéj swéj rozciągłości z wyjątkiem wąskiéj obwódki przy tylnym brzegu. Ta obwódka jest tylko słabo zabarwiona i przechodzi powoli w bezbarwne pole.

[1]) Próbę, podaną przez kol. Zaleskiego, skontrolowano w Zakładzie sądowolekarskim i uznano ją jako równorzędną na razie z próbą Salkowskiego, jakkolwiek może nie tak trwałą. *Redakcyja.*

[2]) Rozprawy wiedeńskiéj Akademii Umiejętności Tom LXXXIX. Zeszyt kwietniowy 1884. (Neue Rückenmarkstinctionen).

2) Zwyrodniałe są dalej środkowe części powrózków Burdacha. Te części mają właściwą ostro odgraniczoną postać. Przypominają one tak swym kształtem, jak i wzajemném swém położeniem wycięcia w skrzypcach podobne do *f*. Każda z tych luk podobnych do *f* jest otoczona z czterech stron prawidłowo zabarwioną tkaniną.

Przy spoidle ma ta tkanka kształt ostro odgraniczonego półksiężyca. Nazywam ją dla tego przodkowym sierpem. Ten sierp pochyla się ku dołowi wzdłuż wewnętrznego obrysu tylnego rogu, doń przylegającego i wysyła w tym kierunku wypustkę ku dołowi.

Przy tylnym brzegu rdzenia jest prawidłowo zabarwione pole większém, niż przy spoidle — jest jednakowoż podobnie ukształtowane. Nazywam je tylnym sierpem.

Pomiędzy wypustkami obu sierpów ciągnie się wzdłuż wewnętrznego brzegu szarego rogu tylnego jako trzecie odgraniczenie, a mianowicie jako odgraniczenie zewnętrzne pola, podobnego do *f* wąski pasek prawidłowo zabarwionéj tkanki i tworzy połączenie obu sierpów. Pasek ten mieści w sobie nerwy, idące z tyłu od tylnych korzeni — i biegnące w kierunku od przodu na zewnątrz, a tak zwane przezemnie [1]) „białe włókna tylnych powrózków“. Cały więc pasek może być słusznie uważanym za: „pas korzeniowy“ Włókna tylnych korzeni wnikają właśnie w kąt, zawarty między szarym tylnym rogiem, a powrózkiem klinowym i rozpromieniają się w kierunku ku wewnątrz. Białe włókna tylnych powrózków okrążają górną granicę głowy tylnego rogu, spotykają się w powrózku klinowym z włóknami tylnych korzeni, (będąc same poczęści ich dalszym ciągiem) i nikną zwolna w powrózku klinowym. Czwarte, a zarazem wewnętrzne odgraniczenie pola, podobnego do *f*, przylegające do powrózków Golla, jest utworzone tylko przez wąski linijowy paseczek.

Krótko mówiąc: Jeżeli sobie pomyślimy pole, mniéj więcéj do *f* podobne wycięte z każdego powrózka klinowego, a mianowicie właśnie z jego środka, to pozostałość na około powstałego otworu obejmuje właśnie wspomniane odgraniczenia, jako zdrową część, wolną od schorzenia uwiądowego.

Właśnie opisane zachowanie się zabarwionych i bezbarwnych odcinków w tylnych powrózkach napotykamy w przebiegu całéj części szyjnéj rdzenia pacierzowego. Jedynie zachodzą małe tylko różnice.

Powyżéj nabrzmienia szyjnego są plamy białe, podobne do *f* nieco mniejsze i przyjmują postać dwu wielkich przecinków, zwróconych do siebie swoją wypukłością. Odpowiednio do tego powiększa się tu cała zabarwiona pozostałość powrózków klinowych. Tak przedni jak i tylny sierp przedstawiają się jako dość rozległe pola, łatwo rozpoznać można pas korzeniowy po każdéj stronie, i widzieć nadto można, jak delikatny pasek, tworzący wewnętrzne odgraniczenie zwyrodniałego pola w nabrzmieniu szyjném rozszerza się tu w szeroki pas. Pas ten ciągnie się jako bezpośredni ciąg dalszy dolnego sierpu wzdłuż wewnętrznego brzegu powrózków klinowych, stając się coraz węższym, aż do górnego sierpa.

Poszczególne odcinki obu zabarwionych resztek powrózków klinowych z górnéj części szyjnéj nie są jednakowo jak w nabrzmieniu szyjném, ani też w porównaniu między sobą, jednako silnie zabarwione.

W ogólności są bledsze, niż w obrzmieniu szyjném, a w szczególności można rozróżnić w każdym odcinku centralną jaśniejszą i obwodową, a więc przylegającą do szaréj istoty, część ciemniéj zabarwioną.

Powrózki Golla są w górnéj części szyjnéj rdzenia, podobnie jak w nabrzmieniu szyjném, bezbarwne i tylko przy tylnym brzegu lekko czerwono zabarwione w małym odcinku.

Część piersiowa. Od części szyjnéj rdzenia ku dołowi zmienia się rysunek w tylnych powrózkach. Tylny sierp i wewnętrzny pasek graniczny zwyrodniałego pola do *f* podobnego tracą zwolna swą barwę. Od 5go korzenia piersiowego ku dołowi nie ma ich już wcale. Pozostaje tylko po obu stronach dosyć rozległy pas korzeniowy i pasek, który się wzdłuż wewnętrznego brzegu tylnego rogu ciągnie aż do przedniego sierpu. Przodkowy sierp sam nie jest zupełnym: ze środkowéj jego części brak mu po każdéj stronie maleńkiego kawałeczka.

Jeszcze więcéj ku dołowi zaczyna znikać pas korzeniowy, a sierp przedni staje się znów zupełniejszym. W wysokości 3go kręgu lędźwiowego tworzą oba razem pasek jednolity, który po obu stronach rozpoczyna się śpiczasto w okolicy głowy rogu tylnego i rozszerza się ku spoidłu. Lecz w wysokości 5go korzenia lędźwiowego brak już jest zupełny pasu korzeniowego, podczas gdy przodkowy sierp przedstawia się znów w rozległych rozmiarach.

Nadto zasługuje na szczególną wzmiankę następna jeszcze okoliczność. W części piersiowéj rdzenia — oprócz opisanego paska składającego się z pasu korzeniowego i części przodkowego sierpa pozbawioną została reszta powrózków tylnych zdolności zabarwienia się.

W górnéj części lędźwiowéj natomiast występuje w tylnéj jednéj trzeciéj części linii środkowéj (raphe) małe owalne pole wśród niezabarwionego obszaru w pięknéj barwie. Równocześnie zaś zaczyna się obszar tylnych korzeni słabo barwić.

W niższéj części lędźwiowéj wreszcie niema z zabarwionego owalnego pola żadnego śladu, a obszar tylnych korzeni barwi się słabo.

Poznawszy kształt i rozszerzenie się obszaru zwyrodniałego w tylnych powrózkach pozostaje nam zadanie określić dokładniéj rodzaj zwyrodnienia tego obszaru. Silniejsze powiększenia dają nam w tym kierunku wyjaśnienie.

1) Przy miernie silném powiększeniu możemy poznać, że zabarwione części składają się głównie z brunatno czerwonych, gęsto obok siebie ułożonych kółek, różnéj, czasem minimalnéj wielkości. Kółka wspomniane odpowiadają pochewkom rdzennym nerwów poprzecznie przeciętych. Pomiędzy niemi ciągną się tu i ówdzie nerwy, ułożone w pęczki wzdłuż obszaru korzeni nerwowych. Pęczki te występują szczególnie pięknie w świeżych preparatach safraninowych i przedstawiają się ze swemi podwójnemi brzegami, odpowiadającemi zabarwionéj osłonce rdzennéj, jako wstęgi obrąbione dwoma czerwonemi paseczkami.

W częściach niezabarwionych rozpoznać można wśród tych samych warunków bladą, lekko fijołkowo przezierającą, delikatną tkaninę o siatkowatéj budowie i o nieregularnych najczęściéj silnie zgrubiałych oczkach.

Oczka są po największéj części próżne, tu i ówdzie znajdują się atoli w nich pojedyńcze przekroje nerwów. Przeważna część tych przekrojów nerwowych jest bladą i niezabarwioną. Niektóre są zabarwione już to mniéj, już też więcéj. Wśród choréj tkanki wciśnięte są małe grupy i gniazdka prawidłowo zabarwionych przekrojów nerwowych.

[1]) Rozprawy wiedeńskiéj Akadem. Umiejętn. Tom 89.

Dalsze szczegóły widoczne są przy silniejszych powiększeniach. Przekroje nerwów tkanki zdrowéj normalnie zabarwionéj stanowią czerwonobrunatne pierścienie, otaczające bezbarwne włókienka osiowe. Główna masa tych pierścieni jest jasnoczerwonawa. W sąsiedztwie włókienka osiowego lub też w sąsiedztwie osłonki rdzennéj lub też wreszcie w obu miejscach znajdują się ciemniéj zabarwione koła — koła chromoleptycznéj istoty.

W tkance zwyrodniałéj uderza przedewszystkiém siatka neuroglijowa obfitująca w luki. Przez użycie wyskokowego rozczynu safraniny można, jak wspomniano, pięknie ją zabarwić. Beleczki neuroglijowe choréj tkanki są silnie rozszerzone, a w wielu miejscach także istniejące przedtém luki znacznie zwężają je lub też w całości zamykają. Liczba jednak jąder w zgrubiałych beleczkach tkaninowych równa się liczbie jąder znajdujących się w zdrowéj tkance neurogliowéj. Wytworzenie się nowych pierwocin śródmiąszowych nie może być więc powodem zgrubienia beleczków neuroglijowych. Musimy sobie raczéj wyobrazić, że tak zgrubienie beleczków, jak i zamknięcie luk nastąpiło skutkiem retrakcyi tkanki neuroglijowéj — i że obie te sprawy wywołane zostały przez pierwotny zanik włókien nerwowych. W zdrowéj tkance przebiegają nerwy w lukach siatki neuroglijowéj i podpierają jéj beleczki. Gdy jednak zanikają nerwy, to tracą beleczki swój punkt podpory a luki dla tego zapadają się. W ten więc sposób jasném jest, dla czego przy uwiądowém zwyrodnieniu nerwów chore powrózki tylne tak znacznie tracą na objętości nawet bez rektrakcyi nowowytworznéj tkanki łącznéj.

Że jednak nerwy w obszarze zwyrodniałym ulegają pierwotnie zwyrodnieniu, dowodzi tego nie tylko właśnie co opisane zachowanie się neuroglii i brak nowowytworzonéj tkanki łącznéj, lecz także zachowanie się sporadycznie znajdujących się pozostałych nerwów w obszarze zwyrodnienia. Jeżeli badamy którekolwiek z gniazd nerwowych, zamkniętych w obszarze zwyrodnienia, to widzimy między oczkami tkanki podstawowéj nerwy o następnéj właściwości. Niektóre z nich są jeszcze zdrowe i przedstawiają barwę prawidłowych nerwów — mianowicie jasnoczerwone pochewki rdzenne i ciemnoczerwone pierścienie chromoleptycznéj istoty. Między temi znachodzą się inne, których chromoleptyczna istota już zanikła i zaledwie w okruchach tylko pozostała, lub też w zupełności znikła. W innych nerwach wreszcie nie jest wcale istota rdzenna zabarwioną, a wtedy przedstawia się ona albo żółtawo albo zupełnie bezbarwnie i blado. Nie może ulegać żadnéj wątpliwości, że mamy tu do czynienia z różnemi odcieniami zwyrodnienia nerwów, którego ostatnim wyrazem jest zupełny zanik włókna nerwowego, uwydatniający się pozostałą luką w sieci neuroglijowéj. Gdzie nerwy następowo zanikają skutkiem ucisku bujającéj śródmiąższowéj tkanki łącznéj, tam mamy obraz zupełnie odmienny od opisanego. Pomijając to, że nowopowstająca tkanka łączna łatwo daje się rozpoznać po większéj jéj obfitości jąder i że rozwija się w pasmach, odbierając tkance neuroglijowéj jéj siatkowaty charakter — nie przedstawiają nerwy zanikające pod uciskiem bujającéj tkanki łącznéj z początku nic innego, jak tylko zmiany w postaci, powstałe skutkiem ucisku. Istota jednak rdzenna pozostaje przytém zdrową i barwi się mimo zniekształcenia włókienka osiowego w niéj się kryjącego w ten sposób safraniną, jak prawidłowe nerwy. A jeżeli wreszcie uciśnięte nerwy ulegają uciskowi i w ten sposób następowo zanikają, wtedy występuje w ich miejsce już gotowa tkanka łączna. A po ich zaniknięciu nie pozostaje żadna luka w beleczkach siatki neuroglijowéj, co dla pierwotnego zaniku nerwów jest tak charakterystyczném.

Z tych wywodów wynika, że w naszym przypadku uwiądu zwyrodnienie powrózków tylnych polegało na pierwotném zwyrodnieniu nerwów i że było dla tego przyrody miąższowéj.

Na podstawie właśnie co opisanych histologicznych zmian wyjaśnić można było także obok określenia ogólnego kształtu i rozprzestrzenienia się zwyrodnienia w tylnych powrózkach i określenia jego przyrody — jeszcze trzeci ważny punkt, t. j. rodzaj współudziału części rdzenia przyległéj do chorych powrózków tylnych w sprawie uwiądowego zwyrodnienia.

W tym względzie okazało badanie, że szara istota tylnych rogów była w całym przebiegu rdzenia zupełnie nietkniętą.

Przedstawiała ona wszędzie znaną i ślicznie występującą budowę przez barwienie safraniną z delikatnych włókienek nerwowych, delikatnéj sieci jąder i naczyniek.

Tylne korzenie, względnie ich rozgałęzienia się po wewnętrznéj stronie szarych rogów do powrózków Burdacha, okazały się natomiast zwyrodniałe w przebiegu całéj piersiowéj i lędźwiowéj części rdzenia. Nie zabarwiły się już czerwono, lecz pozostały bezbarwnemi lub otrzymały przy odpowiedniém postępowaniu z preparatami barwę fijołkową, którą safranina nadaje tkankom łącznym.

Tylko w części szyjnéj rdzenia zachowywały się nerwy tylnych korzeni inaczéj.

Niektóre korzenie mieściły w sobie zupełnie prawidłowe nerwy — niektóre zaś nerwy zwyrodniałe. Przeważna jednak część korzeni dozwoliła rozpoznać, że ich nerwy przed wstąpieniem do rdzenia zachowywały się prawidłowo, po wstąpieniu zaś do powrózków Burdacha, a mianowicie tam, gdzie przebiegały wśród obszaru zwyrodniałego, były zupełnie zwyrodniałe.

Szczególnie pouczającemi były obrazy, w których nerwy tylnych korzeni rozpromieniały się po wejściu do powrózków Burdacha po części w obszarze zwyrodniałym, a po części w tkance prawidłowéj tylnego sierpu. Podczas gdy pierwsze były zwyrodniałe, okazywały się ostatnie jako zupełnie zdrowe. O białych włóknach tylnych powrózków można powiedzieć to samo. Gdzie wkraczały w obszar zwyrodnienia tylnych powrózków, tam przedstawiały się zwykle bez istoty rdzennéj. Gdzie zaś przebiegały przez zdrową tkaninę tam, wyglądały, jak nerwy zdrowe.

Obszar pasów korzeniowych jestto atoli ten obszar, w którym białe włókna tylnych powrózków w swéj głównéj masie przebiegają. Pas zaś korzeniowy, jak to powyżéj opisano, był w przebiegu całego rdzenia nietkniętym. Już na téj podstawie można się było spodziewać, że i białe włókna tylnych powrózków pozostały zdrowemi wzdłuż przebiegu całego rdzenia. (Dok. nast).

III. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

I. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Statystyki, jak Czerny słusznie powiada, jeszcze nie możemy układać, gdyż liczba operowanych jeszcze za szczupła, a nadto — co ważniejsza — operacyje dzielą się na tylu prawie operatorów, ile operacyj, a przyzna każdy, że może żadna operacyja nie wymaga tyle osobistego doświadczenia i wprawy, ile wycięcie odźwiernika. Mamy tu tak dużo drobnych na pozór, a mimo to nadzwyczaj ważnych dla powodzenia rzeczy tak przy wyłuszczaniu guza jakotéż przy zamknięciu przeciętych świateł i zakładaniu szwów, których sposób operowania opisując uwzględnić nie można. Im kto częściéj wykona tę operacyję, tém coraz lepiéj sam się nauczy pokonywać niespodziewane trudności i coraz lepsze osiągnie wyniki, a prócz tego już przed rozpoczęciem operacyi lub przynajmniéj po laparotomii coraz to pewniéj wyszukiwać będzie umiał odpowiednie do wycięcia przypadki. Podejmowanie, jak dotychczas, wycięcia w nieodpowiednich do tego razach, zdaniem mojém, najwięcéj się przyczyniło do lichych wyników. Spodziewać się możemy, że skoro tylko śmiertelność zmniejszać się będzie, coraz to wcześniéj przypadki do operacyi dostawać będziemy. Nie przeczę bynajmniéj, że trudném jest rozpoznanie choroby w jéj początkach, ale i z drugiéj strony nadmienić muszę, że dotychczas koledzy interniści wcale się nie spieszą z poleceniem operacyi nawet w takich przypadkach, w których chorobę rozpoznali. Tak mało dotąd zaufania do téj operacyi, że lekarze nie chcą na siebie brać odpowiedzialności za wysłanie chorego w celu operacyi — i dopiero wtenczas dostajemy chorych, jeżeli im ból tak dokucza, że sami w rozpaczy oświadczą lekarzowi, iż dłużéj tak żyć nie mogą i nie chcą i śmierć szybką nad dalsze cierpienie przenoszą. Ztąd im oględniéj wybierać będziemy przypadki odpowiednie do operacyi, tém lepsze będą wyniki i tém częściéj a wcześniéj z rosnącém zaufaniem zglaszać się będą chorzy. Zdaje mi się, że jesteśmy teraz już na drodze ku lepszemu: z kliniki Billrotha znam 9 przypadków, z których tylko 3 bezpośrednio po operacyi zakończyły się śmiertelnie; Czerny wyciął 4 razy odźwiernik, 2 razy z dobrym skutkiem; ja operowałem 5 razy, z tych chorych trzech żyje. Spodziewać się więc należy, że powoli wyniki się polepszą. W końcu podaję zestawienie przypadków, które w literaturze odszukać zdołałem: operowano 43 razy z powodu raka, z tych operacyj zakończyło się 30 śmiertelnie, 13 chorych wyzdrowiało po operacyi; 5 razy wycinano odźwiernik z powodu wrzodu, z tych operacyj tylko jedna była z wynikiem śmiertelnym; w ogóle więc wykonano 48 razy wycięcie odźwiernika, 31 razy z zejściem śmiertelném, a 17 razy z dobrym skutkiem. Ile zaś razy uda nam się chorego zupełnie wyleczyć, tak że rak nie powróci, nie możemy obecnie przesądzać, zwracam tylko uwagę na przypadek Wölflera, którego operowana jeszcze w 3¼ roku po operacyi recydywy nie dostała, jak mi w czerwcu r. b. łaskawie doniósł. Również u mojéj choréj z powodu wrzodu przed 3 laty operowanéj nie wystąpiły żadne objawy zwężenia w części wyciętéj ani rozstrzeni żołądka, jaką przed operacyją i podczas niéj skonstatowaliśmy. To są, podług mego zdania, wyniki, któreby zadowolić mogły i daleko sięgające wymagania w obec tak rozpaczliwych przypadków. Nadto u wszystkich chorych, którzy operacyję szczęśliwie przebyli, zauważono, że dawniejsze ich dolegliwości, mające swą główną przyczynę w zwężeniu odźwiernika, od razu ustąpiły i że nastał bezbolesny okres względnego zdrowia. Już ten względny skutek, żeby operowanemu zgotować przed śmiercią choć kilka miesięcy lub tygodni swobodnych lub przynajmniéj znośnych, nabrałby tém większego znaczenia, gdyby go nie potrzeba okupić tak znaczném jeszcze dotąd niebezpieczeństwem; — ale miejmy nadzieję, że i to niebezpieczeństwo powoli się zmniejszy.

Co się tyczy sposobu operowania, nie mam wiele do nadmienienia. Operujemy obecnie prawie wszyscy podług tych samych zasad, jakie już w wykładzie moim (l. c.) nakreśliłem; w niektórych tylko mniéj ważnych rzeczach panuje różnica.

Cięcie w smudze białéj uważam zazwyczaj za najodpowiedniejsze, w wyjątkowych tylko przypadkach może być wskazaném cięcie poprzeczne. Osobliwszą przyjemność sprawiło mi między innemi zdanie Czernego, który uznaje cięcie podłużne za prostsze i topograficznemi stosunkami wskazane. Cięcia tego używałem w moich 5 przypadkach wycięcia odźwiernika, 3 przypadkach gastroenterotomii i więcéj niż 10 przypadkach laparatomij próbnych, gdzie dla zrostów za daleko posuniętych przerwałem operacyję, a w żadnym z tych przypadków nie znalazłem trudności w wydobyciu guza, któreby można kłaść na karb tego rodzaju cięcia. W takim razie każdy przyzna z pewnością, że cięcie w smudze białéj zasługuje na pierwszeństwo, chybaby podzielał zdanie Hagen-Torna twierdzącego, że zaleca się cięcie przeprowadzić właśnie przez mięśnie, ażeby tém mocniejszą otrzymać bliznę i przez to zapobiedz powstawaniu przepuklin brzusznych. Ja z mojéj strony nigdy późniéj nie widziałem u moich w powyższy sposób operowanych przepukliny brzusznéj, tak że razem z Schroederem, z pewnością i z innymi, powiedzieć mogę, że nigdy nie uczułem potrzeby użycia innego szwu, jak zwyczajnego szwu węzełkowego, który raz daléj od brzegu rany (szew zwalniający — *Entspanungsnaht*) to znowu bliżéj (szew łączący *Vereinigungsnaht*) brzegi ścian brzusznych zachwytuje.

Oddzielenie guza wszyscy w równy sposób uskuteczniamy: pomiędzy podwójnemi podwiązkami przecina się sieć większą i mniejszą; gdzie zaś są miejsca zupełnie cienkie i przeźroczyste, przedzieramy je; że nie należy daléj sieci oddzielać jak do miejsca, w którém zamyślamy ściany przeciąć, ogólnie uznano. Ciekawém i nadzwyczaj ważném jest zachowanie się okrężnicy w obec oddzielenia jéj od śródjelicia, jakie nieraz staje się koniecznem. Przypadki Lauensteina, Molitora, Czernego i Küstera dowodzą, że po znaczniejszém oddzieleniu blizko okrężnicy następuje zgorzel oddzielonéj części. Tak pouczeni zalecają, zupełnie słusznie, Lauenstein i Czerny w takich przypadkach wycięcie odpowiedniego kawałka okrężnicy. Nie należy jednakże tego przepisu stósować w razie oddzielenia na małéj przestrzeni, jak to drugi mój tu opisany przypadek wykazuje. Przecięcie śródjelicia i podwiązanie tętnicy przed jéj rozgałęzieniem na drobniejsze łuki wcale nie upośledziło odżywienia odpowiedniego kawałka jelita. Już Czerny dziwi się w swéj rozprawie *(Beiträge zu den Operationen am Magen. Wiener med. Wochenschr.* 1884 N. 17, 18 i 19.),

że wycinając rozmaite guzy jamy brzusznéj nieraz on i inni przedzielali śródjelicie, a nigdy nie nastąpiła zgorzel odpowiedniéj części jelita; przyczyny zaś tego w têm szukać trzeba, że we wszystkich tych przypadkach przedzielono śródjelicie dość daleko od jelita, nie niszcząc łuków, które się tworzą z gałązek naczyniowych, łączących się z sobą blizko jelita i odżywienie jego podtrzymujących. I w moim przypadku nienaruszone łuki sprowadzały dostateczną ilość krwi z naczyń pobocznych, ażeby ów kawałek jelita odżywić. Podług mego przekonania atoli łuki te tylko na pewną, nie za wielką przestrzeń wystarczyć mogą do odżywienia ścian oddzielonego jelita. Zdanie to opieram na moich badaniach eksperymentalnych. (Rydygier *Ueber circulaere Darmresectionen mit nachfolgender Darmnaht*. Berl. klin. Woch. 1881. N. 41 i Przegl. Lek. 1881), jakie podjąłem prawie równocześnie z Madelungiem (*Ueber circulaere Darmnaht und Darmresectionen Verhandl. d. Dt. Gesell. f. Chir.* 1881 p. 415.) z tą różnicą, że używałem do mych badań psów i oddzielałem mniejsze i większe pętle jelit od śródjelicia, Madelung zaś eksperymentował na królikach oddzielając śródjelicie na przestrzeni 10—15 cm. długiéj od nieprzeciętego jelita (raz tylko oddzielił psu, po zupełnêm przecięciu jelita i założeniu szwu jelitowego, śródjelicie na przestrzeni 4 cm. i tu nastąpiła zgorzel zeszytéj części). Wyniki naszych doświadczeń rozchodziły się o tyle, że Madelung otrzymał we wszystkich przypadkach zgorzel oddzielonéj pętli, ja zaś widziałem, że u psów w nieprzeciętéj, oddzielonéj od śródjelicia, pętli nie wystąpiła zgorzel, jeżeli długość jéj nie była zbyt wielką. Różnicę tę starałem się w innéj pracy (Rydygier. Ciekawy przypadek dwukrotnego wycięcia jelita — wyzdrowienie; kilka uwag o technice operacyjnéj na podstawie nowo podjętych doświadczeń. Przegl. Lek. 1882. N. 19 i 20 — i Berl. klin. Woch. 1882 N. 38) wyjaśnić i doszedłem do następujących wyników:

1) Im dłuższą część jelita od śródjelicia oddziela się, têm większe niebezpieczeństwo zgorzeli.

2) Zgorzel łatwiéj nastaje, jeżeli zupełnie blizko jelita śródjelicie oddzielono. W niemieckiém tłumaczeniu dodałem jeszcze: „*von Wichtigkeit scheint hier die Unterbrechung der Mesenterialgefaesse zu sein, die dicht am Darm verlaufen.*“ Wygłoszone już wtenczas moje zdanie podziela teraz w zupełności Czerny starając się wytłumaczyć, dla czego po wycięciu z śródjeliciem guzów jamy brzusznéj nie następuje zgorzel, a po przecięciu śródjelicia przy wycinaniu zrakowaciałego odźwiernika za każdym razem wystąpiła. Ścisły dowód słuszności moich wywodów opartych na wynikach eksperymentalnych stanowi mój wspomniony drugi przypadek, przedstawiający jakoby eksperyment na człowieku. Na podstawie tych doświadczeń nabytych w dotychczas operowanych przypadkach i badań eksperymentalnych podałbym następujące prawidło co do oddzielenia śródjelicia od jelita:

1) Jeżeli mamy jelito poprzecznie przecięte, nie należy się ani na $^1/_2$ cm. oddzielić daléj śródjelicia niż do linii, w któréj zamierzamy przeciąć albo już przecięliśmy jelito; w przeciwnym razie nastąpi zgorzel zeszytego miejsca. — Ogólnie uznane prawidło.

2) Jeżeli nieprzecięte jelito oddzielone tuż przy jego ścianach od śródjelicia, trzeba odpowiedni ten kawałek jelita wyciąć.

Jeżeli nastąpiło oddzielenie w większéj odległości od ścian jelitowych, mianowicie powyżéj łuków, na które tętnice śródjelitowe się dzielą, natenczas postępowanie nasze zależeć powinno od długości oddzielonéj pętli. Niestety nie mamy liczb, ażeby miarą określić długość oddzielonego jelita, która wycięcia bezwzględnie wymaga. Ale za wskazówkę przynajmniéj choć w części posłużyć nam może w poszczególnym przypadku zachowanie się pętli po oddzieleniu; jeżeli zmieni się zabarwienie ścian, to na pewno wnioskować możemy, że odżywienie ich cierpi, a w takim razie zawsze powinniśmy wyciąć oddzieloną pętlę, mimo że przez to operacyja znacznie się komplikuje.

Zamknięcie przeciętych świateł żołądka i dwunastnicy za pomocą narzędzi — czy to za pomocą moich elastycznych uciskadeł czy innych podobnych przyrządów — tyle przezemnie zalecane zyskuje coraz więcéj zwolenników i słusznie, bo jest wygodnêm i pewnêm postępowaniem. Na żołądek uda nam się pewnie zawsze je założyć, inaczéj z dwunastnicą. Tu mogą stosunki utrudnić ich założenie, a mianowicie bywa nieraz dwunastnica tak silnie i krótko z przyległemi częściami zrosłą, że nie można jéj dostatecznie wyciągnąć, jak w trzecim z opisanych tu przypadków. W takim razie zalecić mogę użyte tam postępowanie: Nitki przeprowadzone przez przeciwległe miejsca ścian dwunastnicy tam, gdzie się osadzają sieci, dozwalają po pierwsze na pewno zapobiedz usunięciu się przeciętéj dwunastnicy do jamy brzusznéj, a powtóre naciągając je w przeciwne strony zamykamy dostatecznie światła tak, iż treść jelita niespodzianie wypłynąć nie może. Napięcie bowiem ścian układa je tak silnie obok siebie, że to wystarczy do zrównoważenia nie zbyt silnego ciśnienia od wewnątrz, a wyciągnięcie i uniesienie przeciętego światła popiera to działanie. Gdyby mimo to cokolwiek miało się płynu wydobyć, byłoby to tak mało, że z łatwością udałoby się otrzeć wypływające krople płynu, zanimby się do jamy brzusznéj dostały. Nadto układa to napięcie tak samo, jak uciskadło, korzystnie ściany dwunastnicy do założenia szwu.

Różnicę obszerności świateł przeciętego żołądka i dwunastnicy najlepiéj się wyrównywa zeszywając kawałek światła żołądkowego w sposób przezemnie najprzód podany i stósowany. Nie ma tu wielkiego znaczenia, czy w tym celu przecinamy żołądek skośno-kątnie, jak ja zalecałem, czy prostoskośnie, jak chce Billroth. W niektórych rzadszych przypadkach wystarcza skośne przecięcie dwunastnicy, które Wehr zaleca.

W jednym punkcie zmieniłem obecnie moje zdanie: idąc za radą Reichla (*Casuistische Beiträge zur circulaeren Darmresection und Darmnaht D. Z. f. Chir. Bd. 19, Heft 2 und 3.*) nie obcinam wywijającéj się po przecięciu błony śluzowéj zarówno z innemi warstwami ściany żołądka resp. dwunastnicy, lecz łączę ją luźnym szwem kuśnierskim, starając się w ten sposób na pewno zapobiedz stykaniu się treści jelitowéj z zeszytemi ścianami. W ostatnich dwóch tak operowanych przypadkach nie zauważyłem zwężenia światła, czegoby się obawiać można. Niemniéj przekonałem się, że po założeniu szwu sposobem Czernego nigdy nie następuje zwężenie, jak to Roser (*Centr. f. Chir. 1881 p. 818.*) twierdził: wprawdzie zakładałem zawsze dwurzędny szew dokładnie podług przepisu Czernego, a nie jak Roser, dwa rzędy szwu Lemberta, co nie jest identycznêm, jak to sam Czerny (*Beiträge zu*

den Operationen am Magen, Wiener med. 1884 Nr. 17, 18 i 19) wykazuje. Jak to już opisałem, używam teraz szwu kuśnierskiego zakładając go w dwóch rzędach sposobem Czernego, a dodaję jako trzeci rząd rzadki szew kuśnierski błony śluzowéj. Czerny oświadcza się przeciwko temu szwowi, chociaż sam go w trzech przypadkach użył łącząc go ze szwem węzełkowym. Przyznaję chętnie, że jest nieco trudniéj założyć szew kuśnierski dobrze, niż zwyczajny węzełkowy, i że to nieco więcéj wymaga wprawy; ale kto ją posiada, a nadto zeszywa nie zbyt długiéj przestrzeni bez przerwy, ten tak dokładnie i pewno połączy ściany przecięte szwem kuśnierskim jak węzełkowym. Dlatego też nie przeprowadzam szwu tego zupełnie bez przerwy naokoło całego światła, ale u dołu i u góry przerywam go swem węzełkowym. Jak wiadomo, zakończa się szew kuśnierski w ten sposób, że na jego końcu zakłada się drugą igłą szew węzełkowy i z jednym jego końcem związuje się koniec szwu kuśnierskiego. W jakim zaś porządku po sobie wypada założyć rzędy szwu kuśnierskiego, podałem już w opisie dwóch ostatnich przypadków. Tę wielką zaletę posiada bez zaprzeczenia szew kuśnierski, że daleko mniéj wymaga czasu, przynajmniéj oszczędzimy tyle czasu, ile potrzeba do zawiązania 40—50 razy nitki. Musimy tylko zwracać pilną uwagę na to, żeby zakładając go zawsze równo i nie za mocno nitkę zaciągać i w równém utrzymywać naprężeniu. Do szwu używam zawsze jeszcze cieniuteńkiego katgutu i nie widziałem ztąd żadnéj dotychczas szkody; nie sądzę jednakże, iżby na tém wiele zależało, czém się szyje.

Co do wskazania zupełnie się zgadzam z Czernym. Mimoto, że obecnie wyniki po Wölflerowskiéj gastroenterostomii są znacznie lepsze, niż w pierwszych 6ciu przypadkach, jak to w następnéj rozprawie wykażę, mimo to pozostanie ta operacyja w porównaniu z wycięciem odźwiernika mniéj doskonałą; należy się jéj tylko tam użyć, gdzie wycięcie odźwiernika jest niemożliwe, jak to sam Wölfler przyznaje. W takich przypadkach ma bez wątpienia wielkie znaczenie i może nieraz choremu życie ocalić.

Cieszę się bardzo, że z 5ciu przypadków wycięcia odźwiernika w skutek wrzodu tylko jeden się śmiertelnie zakończył, tak że i pod tym względem nie znajdą moi przeciwnicy broni przeciw temu wskazaniu. W jaki sposób wycinać wrzody na innych miejscach żołądka, wskazał nam Czerny (l. c.) Trzeci przypadek Mikulicza, opowiedziany na 57tym Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich, dowodzi, że nawet w tak niebezpiecznych przypadkach, gdzie po przedziurawieniu ścian jelitowych dostały się resztki niestrawionych potraw (resztki kartofli) do jamy brzusznéj, można jeszcze chorego przez wycięcie brzegów otworu i zeszycie uratować. Popiera to więc słuszność mojego twierdzenia, że do wskazań wycięcia odźwiernika — i w ogóle ściany żołądkowéj — należy zaliczyć przedziurawienie ścian żołądka przez wrzód okrągły. Nie mniéj poucza nas przypadek Kochera *(Centr. f. Chir.* 1884 N. 15 i *Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte* 1883 N. 23 i 24), że nawet w obec ran postrzałowych żołądka laparotomiję i zeszycie rany zalecić trzeba.

Przypadki te wzbudzają we mnie nadzieję, że powoli pozyskają sobie uznanie wskazania, jakie w moim wykładzie (l. c.) na 3 i 4tém miejscu postawiłem (krwotok obfity z okrągłego wrzodu żołądka nie dający się w inny sposób zatamować i przedziurawienie żołądka przez wrzód okrągły), które Kramer w swoim referacie do *Centralblatt f. Chir.* uważał za bezpodstawne. (Dok. n.)

IV. Sprawozdanie roczne z „Domu Zdrowia," zakładu leczniczego prywatnego.

Z upoważnienia odpowiednich pp. ordynaryjuszów podał Dr. **J. Gwiazdomorski**, kierownik zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

3. J. R., lat 45, z Warszawy. Torbiel wielokomorowy jajnika prawego, owaryjotomija, — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Menstruacyja w młodości regularna. Porodów ani poronień nie przebywała. Przed 8 laty menstruacyja ustała i to przez trzy lata; po upływie tego czasu wystąpiły prawie nieustające słabsze i silniejsze krwotoki. Wezwany lekarz rozpoznał polipa macicy, usunął go i odtąd krwotoki ustały. Lecz już wtedy zwrócił lekarz uwagę pacyjentki, że ma po stronie prawéj u dołu guz w brzuchu, który rośnie już prawdopodobnie od kilku lat. Guz ten rósł dotąd bardzo powoli; dopiero w ostatnich kilku tygodniach wzrastał szybko aż do dzisiejszych rozmiarów. Pacyjentka czuje jego ciężar, miewa często obstrukcyje, tak że codzień musi brać lawatywę; często bolewają ją krzyże, a w ostatnich czasach zatrzymywała częste parcie na mocz, który bywa mętny. Bólów w brzuchu nie miewała i w ogóle czuje się dość zdrową. Dopiero na tydzień przed wyjazdem z domu miała trochę boleści i gorączkę. Przybywszy do zakładu okazuje stan następujący: budowa dobra, odżywienie mierne. Niedokrewność dość znaczna. Ciepłota i tętno prawidłowe. Płuca i serce bez zmian znaczniejszych. Brzuch w całości i jednostajnie wzdęty, tylko nieco na boki obwisły, nawet przy silniejszym ucisku mało bolesny. Przez powłoki brzuszne nieco obrzękłe i okazujące żyły porozszerzane wyczuć można obrzęk wychodzący z miednicy małéj, wielkości macicy w 9tym miesiącu ciąży; brak jednak wszelkich innych objawów ciąży. Natomiast obrzęk jest twardawy, o powierzchni nierównéj, mało ruchomy, niebolesny i nie daje się od dołu odgraniczyć. Związku obrzęku z innemi trzewami wobec jego rozmiarów ani wykluczyć, ani stwierdzić nie można. Wymiary brzucha są: od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 34cm.; od spojenia łonowego do pępka 22cm.; od *spina ant. sup. ilei dextra* lub *sinistra* do pępka 24cm.; obwód brzucha w wysokości pępka 96cm. Przy badaniu przez pochwę i odbytnicę okazuje się, że część obrzęku jest wtłoczoną w miednicę małą i daje się wyczuć jako ciało gładkie, twardawe, niechełboczące i prawie nieruchome. Macica zepchnięta nieco ku dołowi a ciało jéj tak mocno ku tyłowi nachylone, że położenie jéj jest prawie poziome. Odnogi dolne miernie obrzękłe. Mocz oddziaływania kwaśnego, wysycony, mętny (moczany), białka nie ma, chlorki prawidłowe.

Na drugi dzień przystąpiono po zwykłém przygotowaniu do operacyi. Poprowadzono cięcie od spojenia łonowego aż do pępka i poprzerywano ręką wielkie a płaskie zrosty obrzęku z przodkową ścianą brzuszną. Ponieważ przez tak małą ranę nie można było obrzęku wydobyć, musiano przedłużyć cięcie aż 3 palce niżéj wyrostka mieczykowatego, tak że długość rany wynosi obecnie 26cm. Dwa dość grube a wąskie zrosty z siecią, jeden po prawéj, drugi po lewéj stronie podwiązano i przepalono Paquelinem. Przy wydobywaniu przekonano się, że obrzęk wisi na szypułce wychodzącéj wprost od prawéj strony ciała macicy i jest w związku z jajnikiem, który w nim zniknął; mała zaś część obrzęku spoczywa w miednicy małéj i jest brzegiem téjże *(linea*

innominata) jakby odsznurowana. Podczas gdy jeden z asystentów trzymał wydobyty obrzęk, wymaczano ciecz surowiczą w ilości prawie litra w jamie otrzewny nagromadzoną i założono na wyżéj opisaną szypułkę pięć podwiązek głównych i kilka okłuć tuż przy macicy, przecięto ją nożem i świeżą tę ranę przypalono Paquelinem. Po przekonaniu się, że jajnik lewy jest zdrów i wszystko pozostało w należytym porządku, założono 7 szwów płytkowych a 15 rezerwowych na ranę brzuszną, daléj szew kuśnierski na brzegi skóry; wreszcie założono opatrunek antyseptyczny uciskający. Obrzęk okazał się torbielem wielokomorowym jajnika i ważył 7 kilogram.

W następnym dniu po operacyi wystąpiła bębnica, czkawka i nudności; ciepłota 37,1°C., tętno 88, dobre. Przebieg dalszy był nieco zakłócony: lekkie zadrażnienie pęcherza, na które się chora już przed operacyją żaliła, zaostrzyło się w tydzień po operacyi do wyraźnego, choć lekkiego, nieżytu pęcherza, który jednak w następnym tygodniu przy odpowiedniém leczeniu całkiem ustąpił. Wreszcie zadrażnienie odbytnicy ciągłemi lawatywami obok braku stolca przez blisko 2 tygodnie po operacyi wywołało częste a bezskuteczne parcie na stolec, które również przy odpowiedniém leczeniu i uregulowaniu stolca ustąpiło. Gojenie się rany saméj postępowało dość szybko. Ciepłota tylko raz (w późniejszym okresie) doszła do 39·5°C. prawdopodobnie z powodu małego ropnia, który się utworzył w miejscu, gdzie jedna płytka szwu mocniéj skórę ucisnęła. Zresztą ciepłota nie była podwyższoną z wyjątkiem dwóch dni, w którycą wahała się między 37 a 38·6°C. W 6 tygodni po operacyi rana była już całkiem zabliźnioną i przyskórkiem pokrytą a pacyjentka opuściła zakład wyleczona i dotąd cieszy się zupełném zdrowiem.

4. B. S., l. 38 ze Lwowa. Włókniak macicy. *Hysterolaparotomia (Amputatio uteri* według Schrödera) — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjentka nie przebywała cięższych chorób. Menstruacyja wystąpiła po raz pierwszy w 16tym roku życia. Porodów ani poronień nie przebywała (niezamężna). Już przed trzema laty zauważyła jakiś guz w dolnych częściach brzucha i używała z tego powodu kąpieli w Iwoniczu, tamponów z jodkiem potasu itd. Guzy jednak powiększały się powoli, choć bez bólu, a w ostatnich paru miesiącach rosły szybciéj. Od 4ch miesięcy brak menstruacyi, natomiast pojawiają się w nieregularnych odstępach mierne krwotoki z guzów hemoroidalnych. W ostatnich kilku miesiącach utrudnienie trawienia z powodu często występującego zaparcia stolca, usuwanego zwykle za pomocą lawatyw. Budowa dobra, odżywienie liche. Mierna niedokrewność. Brzuch w całości wzdęty, niebolesny. Powłoki brzuszne miernie naprężone okazują zaledwie tu i owdzie świeże rozstąpienia przyskórka. Wymiary brzucha są następujące: od wyrostka mieczykowatego do pępka 17cm., od pępka do spojenia łonowego 19cm., od *Spina ilei ant. sup. dex* do pępka 23cm., zaś od *sin.* 21cm. Wreszcie obwód brzucha w wysokości pępka wynosi 97cm. Jama brzuszna wypełniona jest guzem wychodzącym z miednicy małéj i niedającym się od dołu ściśle odgraniczyć a sięgającym ku górze na 5 palców niżéj wyrostka mieczykowatego, 3 palce od łuku żebrowego prawego, a 5 palców od łuku żebrowego lewego. Guz ten jest niebolesny, twardy, o powierzchni trochę guzowatéj, a w górnéj części wyczuć można wyraźnie, że składa się głównie z dwóch spojonych silnie guzów, jeden po stronie lewéj jest wielkości głowy noworodka, drugi po stronie prawéj trochę większy od poprzedniego, oba zaś gładkie, okrągłe, przedzielone od siebie małym rowkiem. Cały guz we wszystkich kierunkach ruchomy, najwięcéj z boku na bok, a najmniéj ku dołowi. Wątroba i śledziona niepowiększone; w częściach bocznych brzucha wypuk bębenkowy. Badanie przez pochwę nie wykazuje oprócz małego obsunięcia macicy (*descensus uteri*) żadnych znaczniejszych zmian. Przy posuwaniu guza ku górze posuwa się i macica w tym kierunku.

Po zwykłém przygotowaniu przystąpiono do operacyi. Przecięto powłoki brzuszne w linii środkowéj od spojenia łonowego aż trzy palce wyżéj pępka, t. j. w długości około 22cm. W jamie brzusznéj widzieć teraz można guz wielkości trzech główek noworodka, złożony z jednego mniejszego po stronie lewéj i drugiego większego po stronie prawéj, wchodzący w ciało macicy. Po wydobyciu go z jamy brzusznéj utrzymuje go jeden z asystentów, a operujący podwiązuje oba jajowody powyżéj jajników podwójnie i przepala Paquelinem między obiema podwiązkami, pozostawiając oba jajniki w jamie brzusznéj. Następnie podwiązuje szyję macicy wężem kauczukowym, odcina gładkiém cięciem ciało macicy w wysokości ujścia wewnętrznego, wypala jamę macicy Paquelinem i zeszywa ranę macicy potrójnym szwem (*Etagennaht* Schroedera) a otrzewnę szwem kuśnierskim z katgutu. Po zdjęciu węża kauczukowego oczyszczono jamę brzuszną, miejsca szwów posypano jodoformem i zeszyto ściany brzuszne 5ma szwami płytkowemi, 9ma rezerwowemi, wreszcie brzegi skóry szwem kuśnierskim. Zwykły opatrunek antyseptyczny uciskający. Guz wyjęty waży $6\frac{1}{2}$ kilograma i jest zwykłym, ubogim w naczynia włókniakiem.

Ciepłota wieczorna 37·2°C., tętno 84 dobre. Ból krzyżów, 0.01. *Morphii mur.* podskórnie. Kilka razy skąpe wymioty. W dniach następnych ciepłota nie dochodzi nigdy 38°C. Opatrunek nieco zwolniony leży dobrze. Bóle i wymioty ustały. W 11ym dniu po operacyi pierwsza zmiana opatrunku: rana zupełnie *per primam* zgojona. Wyjęto szwy płytkowe. Nowy opatrunek. Pierwszy stolec. W 15ym dniu po operacyi (zawsze bez gorączki) wyjęto resztę szwów. Rana dobrze się trzyma. Opatrunek z gazy jodoformowéj i plastrów przylepcowych. Po kilku następnych zmianach opatrunku pacyjentka opuszcza zakład wyleczona i dotąd jest zupełnie zdrową.

5. S. S., l. 45, z Królestwa polskiego. Włókniak macicy, wyłuszczenie przez pochwę, wyleczenie. Ordynaryjusze prof. Dr. Mikulicz i prof. Dr. Madurowicz.

Już blisko od roku cierpi częste bóle w krzyżach i znaczne krwotoki z macicy, których przyczyną jest włókniak macicy. W narkozie próbowano wyłuszczyć nowotwór wielkości jaja gęsiego wypełniający całą jamę macicy; ponieważ jednak szyjka macicy okazała się za wąską, musiano ją przeciąć po stronie lewéj, poczém wyłuszczenie nowotworu wykonano z łatwością. Ranę tę zeszyto dwoma szwami, do jamy macicy wsunięto trzy paski gazy jodoformowéj i wprowadzono gruby dren, wreszcie zatamponowano pochwę gazą jodoformową.

Przebieg nie był zakłócony, chora wcale nie gorączkowała. W 4ym dniu po operacyi wyjęto gazę jodoformową z pochwy i przestrzykano 3% kwasem karbolowym; następnie wyjęto gazę jodoformową z macicy i przestrzykano bardzo łagodnie jamę macicy mięszaniną jodoformu z gliceryną, poczém zatamponowano pochwę gazą jodoformową,

pozostawiając dren jeszcze w macicy. Codzień przestrzykiwano bardzo łagodnie jamę macicy jużto kwasem karbolowym 3%, jużto mięszaniną jodoformu z gliceryną. Odchody wypływające drenem nigdy nie cuchnęły i były dość skąpe. W 13tym dniu po operacyi wystąpiła prawidłowa menstruacyja, a w tydzień później pacyjentka opuściła zakład wyleczona.

6. G. A., l. 68, z Galicyi wschodniéj. Pierwotny rak cewki moczowéj, wyluszczenie całego prącia, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Przypadek opisany i opracowany przez Dra R. Trzebickiego. (Patrz Przegląd Lekarski, 1884, Nr. 9 i 10ty.

7. J. R., l. 68, z Bukowiny. Rak odbytnicy, wyjęcie tegoż w całości, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjent zauważył utrudnienie stolca już blisko od roku; później wystąpiła krew i ropa w stolcu, wreszcie od kilku tygodni częste parcie na stolec z nieustającym odpływem cieczy posokowatéj, cuchnącéj. Budowa kośćca dobra. Odżywienie dość dobre. Mierny stopień miażdżycy tętnic. Gruczołów krezkowych wymacać nigdzie nie można, a pachwinowe prawidłowe. W kiszce stolcowéj 1—2cm. powyżéj zwieracza natrafia palec na stwardnienia w kształcie guza twardego o powierzchni nierównéj, który prawie ze wszystkich stron zwęża światło kiszki. Na tylnéj ścianie kiszki stwierdzić można, że 10cm. powyżéj zwieracza guz już daléj nie sięga a błona śluzowa jest prawidłowa. Przeciwnie na przedniéj ścianie kiszki nie można dosięgnąć granicy między częścią zdrową a chorą. Chory dostaje *Ol. ricini*, a w dzień operacyi rano lewatywę i kąpiel nasiadową.

Po ogoleniu i obmyciu karbolem pola operacyjnego i wypłukania 3% karbolem kiszki stolcowéj rozcięto zwieracz korzyci wraz z częściami otaczającemi ku tyłowi aż do kości ogonowéj i przekonano się, że nowotwór zajmuje całą odbytnicę jako masa twarda, owrzodzona i to z przodu aż do granicy *S. romanum*, t. j. około 12cm., z tyłu zaś tylko 10cm. Po odcięciu dolnéj granicy nowotworu z dodaniem 1cm. części zdrowych, odłuszczono powoli całą masę nowotworową od otaczającéj tkanki łącznéj miednicy w sposób używany przy wyjęciu macicy, t. j. zakładając podwójne *ligature en masse* i przecinając między obiema podwiązkami. W ten sposób udało się wyjąć cały nowotwór z bardzo nieznaczną tylko utratą krwi. Górny i dolny brzeg rany pierścieniowatéj w ten sposób powstałéj można było tylko w tylnéj części, gdzie odległość ich wynosiła 10cm. spoić trzema szwami, t. j. na $^1/_8$ części całéj rany. Otrzewnę przeciętą w dwóch miejscach zagłębienia pęcherzo-prostnicowego zaszyto zaraz szwem kuśnierskim. W czasie całéj operacyi przestrzykiwano pole operacyjne 3% karbolem. Po założeniu do kiszki drenu o 1cm. średnicy wypełniono całą ranę wewnętrzną gazą jodoformową, ranę zaś zewnętrzną ku kości ogonowéj zaszyto szwem płytkowym i katgutem, przykryto gazą jodoformową, watą Brunsa i przewiązano bandażem.

Leczenie następowe zasadzało się na czystém utrzymaniu rany, podawaniu choremu przez 10 dni po 10 kropel *Tra opii*, wreszcie na łagodzeniu bólu za pomocą morfinu wstrzykiwanego podskórnie. Opatrunek był od początku często powierzchownie powalany kałem wychodzącym przez dren, gaza jednak jodoformowa wypełniająca kiszkę była czystą. Totéż zmiana opatrunku ograniczała się początkowo tylko do części powierzchownych. Pacyjent tylko drugiego dnia po operacyi miał ciepłotę nieco podwyższoną (38·3°C.) zresztą cały przebieg następowy był bezgorączkowy. 4go dnia po operacyi usunięto szew płytkowy z rany zewnętrznéj, a 5go zmieniono cały opatrunek, t. j. i rany wewnętrznéj: gaza wyjęta z głębi nie cuchnie, jest czysta, a rana — o ile dojrzeć można — poczyna ładnie granulować. Ropienie małe. Ranę wewnętrzną przestrzykuje się przez dren naprzód kwasem salicylowym, następnie 3% karbolem, w końcu mięszaniną jodoformu i gliceryny. Przy powtarzaniu tego postępowania dwa razy dziennie rana bardzo ładnie się goi ale ponieważ nudności i śpiączka nasunęły obawę zatrucia jodoformem, przeto od 10go dnia po operacyi zaprzestano przestrzykiwania kiszki mięszaniną jodoformu z gliceryną, prowadząc zresztą daléj ten sam sposób leczenia. Przestrzykiwanie zaś rany zewnętrznéj powtarzano po każdém oddaniu stolca. 15go dnia badanie kiszki palcem wykazało, że powierzchnia rany jest gładka, granulująca, bez cuchnienia; górnego jednak brzegu rany wewnętrznéj z przodu nie można palcem dosięgnąć. Ranka zewnętrzna w znacznéj części *per primam* zgojona. W 26 dni po operacyi skoro powierzchnia rany wewnętrznéj znacznie się zmniejszyła, ropienie zawsze bardzo małe, stan zawsze bezgorączkowy, opuścił pacyjent zakład jako wyleczony, z zaleceniem jednak, aby bardzo uważał na regularny stolec, ranę wewnętrzną przestrzykiwał kwasem salicylowym i brał po każdym stolcu kąpiel nasiadową. O ile wiadomości zasięgnięte w kilka miesięcy po operacyi doszły, cieszy się pacyjent dotąd zupełném zdrowiem.

8. I. S., l. 29, z Czerniowiec. *Fistula ani completa* przecięcie i wyskrobanie, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Gojenie się rany po przecięciu i wyskrobaniu dość rozległéj przetoki postępowało prawidłowo a po 2-tygodniowym pobycie opuszcza pacyjentka zakład jako wyleczona z małą dobrze granulującą ranką.

9. O. S. l. 41 ze Śląska. Wypalenie hemoroid, wyleczenie w 21 dniach. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz. Przebieg prawidłowy.

10. P. B. l. 70, ze Lwowa. Rak odbytnicy, wyskrobanie, śmierć w 4 tygodnie po operacyi z powodu wyniszczenia rakowego. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjentka cierpi od roku na uporczywe zaparcia stolca, ból głowy, brak apetytu i t. d. Od paru miesięcy wypływa z kiszki często płyn śluzoworopny, czasem krwawy. Odżywienie liche, ciepłota podwyższona. Gruczoły pachwinowe twardawe, przesuwalne. Badanie przez odbytnicę wykazało z łatwością guz nowotworowy zwężający w najwyższym stopniu światło kiszki, granica dolna leży tuż za zwieraczem; granicy górnéj zaś palcem dosięgnąć nie można. Ponieważ chora przez parę pierwszych dni gorączkowała, (prawdopodobnie z powodu wessania rozpadłych części raka), przeto dopiero po ustąpieniu gorączki (codzień przepłukiwano kiszkę) przystąpiono do operacyi. Już z góry jednak było bardzo wątpliwém, czy będzie można usunąć cały nowotwór, gdyż sięgał on bardzo wysoko. W narkozie rozszerzono otwór stolcowy (przez cięcie tylne), a przekonawszy się, że nowotwór jest bardzo mało ruchomy i zajmuje nawet część *S. romanum*, wyskrobano tylko części dostępne w celu rozszerzenia światła kiszki, i wypełniono ją gazą jodoformową. Chora po operacyi była dość osłabioną, nie gorączkowała jednak; tętno było dość dobre, krwotoku nie było. Gaza jodoformowa wyjęta po dwóch dniach nie cuchnęła. Najwięcéj dokuczało choréj parcie na stolec. Ranę przepłukiwano zawsze rozczy-

nem kwasu salicylowego. W dniu 10tym po operacyi badanie wykazało, że rana zewnętrzna jest już prawie zupełnie zabliźniona a część dawniéj najwięcéj zwężona teraz szersza i krótsza. Podano więc *Ol. ricini*, poczém kilka stolców bezkrwawych. W 12tym dniu po operacyi mimo czynionych ostrzeżeń parła pacyjentka silnie na stolec, w skutek czego pokazało się trochę krwi. Kawałki lodu wsuwane do kiszki usunęły ten krwotok natychmiast. Tego rodzaju krwotoki powtórzyły się w następnych dniach jeszcze kilka razy. W ciągu następnych tygodni odżywienie podupadało coraz więcéj mimo dyjety pożywnéj, czynność serca słabła mimo leków pobudzających, — aż wreszcie po 30tu dniach pobytu w zakładzie nastąpiła śmierć pośród objawów wyniszczenia.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nosa. Podał Dr. Klemens Koehler.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Ztąd wynika daléj, że naprężające się muszle stają się niejako łącznikiem niektórych podrażnień nerwowych. Z jednéj bowiem strony odruchy nerwowe wywołują napełnianie się jam żylnych muszli, z drugiéj znów strony od tych napiętych organów wychodzą odruchy, które nieraz objawiają się w dość znacznem oddaleniu, przez odruch np. naprężają się muszle w razie obecności polipów. Wiadomo, że polipy same tych objawów nie wzbudzają, choćby i całe przewody niemi były zapełnione, uciskając jednak błonę śluzową sprawiają one przekrwienie muszli. Gardło przez ostre napoje drażnione dopiero za pośrednictwem muszli doprowadza czerwony nos potatorów do rozkwitu. Przez mocne światło podrażniony nerw wzrokowy pobudza do kichania i nadmiernego wydzielania śluzu, tak jak to widzieć możemy i po zadrażnieniu n. węchowego Pokrywa zewnętrzna ciała narażona na nagłe zimno, również i wyrzuty skórne przyczyniają się do wznoszenia się muszli a stan ten znów objawia się kichaniem. Wstrzymana menstruacyja, tak jak i hemoroidy wywołują często zastępcze cieczenie krwi, wywołane przez nadmierne wypełnienie jam wyprężającéj się tkanki muszlowéj. Wreszcie i psychiczne wpływy, strach albo myśli lubieżne, jak we wyż wspomnianym przypadku Romberga, sprowadzić mogą wznoszenie się muszli, a tém samém i objawy odruchowe.

Galwanokaustyczne niszczenie ciał wyprężających, to wyraz całéj terapii. Niedawno Hack (*Deutsche medicinische Wochenschrift* z rb. Nr. 28) zmuszony był w odpowiedzi na rozmaite powątpiewania, zastanowić się bliżéj nad sposobem operacyi. Poleca gruntowne niszczenie i to nie tylko przodkowego końca, ale i tylnego, ponieważ i z téj części odruchy wychodzą. Porzuca jednak dawniejsze rysowanie cienkim przypalaczem a zaleca jako lepsze głębokie przypalanie płaskim kauterem. Zwraca daléj słusznie uwagę na to, że trzeba częściéj badać, bo nieraz muszla w skutek wrażenia psychicznego ściąga się, a dopiero po kilkorazowém badaniu znajdziemy ją powiększoną i przewód nosowy wypełniającą. W Nrze 10 *Berl. klin. Wochenschrift* z rb. pomieścił Sommerbrodt swe spostrzeżenia a przypadek jego o tyle jest ciekawym, że najrozmaitsze odruchowe przypadłości naraz usunięte zostały. U chłopca jednastoletniego kichanie, cieczenie krwi z nosa, wymioty, nabrzmienie spojówki, osłabienie ogólne, utrata pamięci, a nadto katar oskrzelowy z kaszlem, wszystko ustało po wypaleniu ciałek wznoszących muszli dolnéj prawéj. Jeden z czynnych bardzo rinologów Schäffer z Bremy stwierdza także znakomite poglądy Hacka w *Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 23 i 24 z rb.

Już przedtém nadmieniłem, że z zapalenia przerostowego (*Rhinitis hyperplastica*) wyrabia się z czasem zapalenie zanikowe (*Rhinitis atrophica*). Wśród tego stanu bowiem gromadzi się wielka ilość tkanki łącznéj, która uciskając błonę niszczy jéj gruczołki po nad sobą, a kość pod sobą. To téż znajdujemy muszle dolne zmniejszone, czasem zupełnie zanikłe. Przewód nosowy przedstawia nam się jako jama obszerna, któréj suche ściany okrywają się strupami żółto-zielonawemi albo brunatnemi. Chory spostrzega wkrótce brak powonienia, drożność przewodów ułatwia mu jednak oddech, dolegliwości, które go dotąd dręczyły, ustępują i dopiero szuka rady lekarskiéj, skoro ktoś zwraca mu uwagę na cuchnienie z nosa, którego on, utraciwszy wpierw powonienie, nie czuje. Stan ten nazywamy ozeną. W najnowszym dopiero czasie związek ten nieżytu suchego z ozeną zbadany został. Virchow pojęcie suchego nieżytu nazwał niedorzeczném, żądając w definicyi nieżytu także i wydzielania śluzu, przepomniał jednak, że suchość ta nie odnosi się do braku wydzielin, lecz do szybkiego ich schnięcia; ściśle wziąwszy trzebaby więc powiedzieć „schnący a nie suchy.“ I wyraz ozena nie jest zupełnie właściwym, bo ozena znaczy wrzód cuchnący w nosie, podczas gdy w dzisiejszém rozumieniu rzeczy nigdy wrzodów nie ma, a gdzie są, to tylko kiłowe, abstrahując od daleko posuniętéj gruźlicy lub wilka. Zkąd się bierze woń przykra, dotąd jeszcze nie wyjaśniono a Jurasz wyda wkrótce obszerniejszą pracę odnośną, na teraz najważniejsze tylko przytoczę teoryje.

Wspomniałem, że strupy żółto zielone lub brunatne pokrywają ściany nosa wewnętrzne, czemu to się dzieje, starali się wytłumaczyć Ranvier (*Lancet* 1874, 687) i Cohn (*Med. News and Library* 1879). Podług nich przyczynia się do tego to, że w katarze marnieją liczne bardzo komórki migawkowe, że przez to wydzieliny nie usuwają się. Fränkel z Berlina (*Virchowa Archiw* 1879, 1) przypisuje wysychanie temu, że wydzieliny w katarze suchym wiele mają składników stałych, mało zaś płynu, i że ztąd stagnacyja. Obie te teoryje mają wiele za sobą i sądzę, że jedno i drugie równocześnie wywołuje zatrzymywanie się śluzu i wysychanie tegoż, Massei przypuszcza, że wydzieliny te przed zaschnięciem już cuchną, twierdząc, że mucin zawarty w śluzie w chwili, kiedy przechodzi przez nabłonek, rozkłada się na ciała bliżéj nierozpoznane a charakterystyczne z swego odoru. Niewątpliwa, że odór ten jest charakterystyczny i powiem swoisty, Francuzi nie bez racyi porównywają go do smrodu rozduszonéj pluskwy, ale w każdym razie wywód to za daleko posunięty i bezpodstawny. Haidenhain (*Ueber die acinösen Drüsen der Nasenschleimhaut*, Wrocław 1870), udowodnił, że wydzieliny nosa są czysto surowicze bez domieszki mucinu.—Franks przypuszcza, że śluz przechodzi zwyrodnienie tłuszczowe, a z tego wyrabiają się kwasy tłuszczowe, łatwo jełczejące. Pierwsza teoryja Fränkla z Berlina najwięcéj ma podstawy, przypuszczał on bowiem, że śluz ten kiśnie, zmienił jednak obecnie swe zdanie i tłumaczy odór jako wynik rozpadu. Słusznie Mackenzie skłania się do teoryi zakisu, bo wiadomo, że po wstrzykiwaniu i wyczyszczeniu

nosa ze wszystkich złogów, w kilka godzin już znów z niego woń smrodliwa wychodzi. Sprawa rozpadu tak szybką być nie może, natomiast kiśnienie jest możebne. Michel z Kolonii (*Die Krankheiten der Nasenhöhle* itd. str. 35) nową zbudował teoryję. Podług niego wypływ pochodzi wogóle z jam sąsiednich nosa, a więc z jamy czołowéj, Highmora i jamy kości klinowéj. Wydzieliny jam wypływając przez wąskie ujścia, wstrzymują się w biegu, nastaje stagnacyja, która już do rozkładu się przyczynia. Rozkład ten, a za nim nieprzyjemna woń jeszcze więcéj znajduje sposobności do wzmagania się w szerokich przewodach nosowych, bo właśnie ta szerokość utrudnia i uniemożebnia dokładne wycieranie nosa. Że jamy te równocześnie z wnętrzem nosa chorować mogą, nie ulega wątpliwości, że wypływ ropiasty z jam powiększa ilość śluzu w nosie powstałego i tym sposobem więcéj będzie materyjału do zakisu, także pewna, żeby zaś ozena tylko na zapaleniu jam sąsiednich polegała, jest wręcz zaprzeczoném przez Guttsteina, Hartmanna i Krausego, którzy przez sekcyje wykazali, że mimo ozeny jamy sąsiednie były zdrowemi. W ogóle choroba ozeną zwana dużo już została wyjaśnioną, dużo jednakże jeszcze pozostaje do zbadania. W ozenie zawsze jednak spotykamy zapalenie suche połyku, zwłaszcza przestrzeni połyko nosowéj, związek ten dawniéj zaprzeczany, dziś ogólnie przyjęty a sam w licznych tutejszych przypadkach zawsze go spotykam.

Czy ozena jest zaraźliwą? Mackenzie, oparty na przypadkach latami obserwowanych, oświadcza się przecząco. — Schäffer z Bremy (*Monatschrift für Ohrenheilkunde* 1881, 4), twierdzi, ze ozena zawsze jest wynikiem zołzów i kiły. Störk (*Laryngoscopie und Rhinoscopie* 1880) przypuszcza, że zawsze odziedziczona lub nabyta kiła daje jéj podwalinę, inni jak Mackenzie, Guttstein (*Berl. ärztliche Zeitschrift* 1879) twierdzą, że i najzdrowszych ludzi ta przykra choroba spotkać może; moje spostrzeżenia przekonały mnie, że ani zołzów ani kiły nie potrzeba, aby dostać ozeny. Po 50ym roku życia choroba ta zwykle sama ustępuje, a napotykamy ją najliczniéj u osób między 10 a 30 rokiem życia. Leczenie jest bardzo trudném, to też liczne podawano środki, ograniczam się tylko do wzmianki o sposobach obecnie najwięcéj używanych. We Francyi głównie strzykawką lub irygatorem nos czyszczą i zakładają czopki z suchéj waty, które do 3 dni chory nosi. Calmettes mówił mi, że odór w ten sposób niknie, czas nie wystarczył mi, aby się o tém przekonać. W Wiedniu po przestrzyknięciu zasypują proszek salicylowy. W Anglii biorą do przepłukania nosa rozczyny sody, karbolu, boraksu, a w uporczywych razach używają tych płynów w postaci spraju. Masini (*Archivi italiani di Laryngologia* 1882, Oct.) poleca resorcyn w rozczynie lub wprowadzany w postaci maści, Gottstein tampony grube z waty. Sposób ten dobre przynosi skutki, a tém lepsze, jeśli zmaczamy tampony w rozczynie karbolu (2%). Tampon taki należy przesunąć przez tylne otwory nosa. Zauważyłem, że wypędzlowanie rozczynem karbolu jamy połykonosowéj po wyjęciu tamponów jest koniecznêm, aby zarazem działać na zapalenie połyku suche i wytrzeć złogi głównie w przestrzeni połykonosowéj mocno przytwierdzone.

Możemy jednak napotkać smrodliwe wydzieliny z nosa, których powodem jest inny stan, a nie dalszy przebieg nieżytu zanikowego. Najczęściéj spotykamy w nosie kiłę, która wywołuje zapalenie ochrzęstnéj przegrody nosowéj, prowadzące do martwicy, do przedziurawienia. Prawie już wszyscy rinolodzy zgodzili się na to, że wrzody w nosie, przedziurawienia przegrody, martwina kości są niezawodnemi objawami kiły. Obok leczenia smrodliwego wypływu będziemy naturalnie zwalczać i kiłę. Rak, gruźlica i wilk na błonie Schneidera wywołują również wydzieliny nosa cuchnące, a wreszcie i ciała obce po dłuższym pobycie. Dziecięcy wiek rozmaite wymyśla zabawy, a do nich należy i wtykanie najrozmaitszych przedmiotów w uszy i nos, to téż wskazaném dokładnie nos zbadać, skoro zła woń z niego się wydobywa.

(Dokończenie nastąpi).

Ze Zjazdu lekarzy niemieckich w Magdeburgu.

Streścił Dr. Otto.

Rindfleisch: O tworzeniu się krwi w gruczołach limfatycznych.

Wiadomo, że limfa w naczyniach wychodzących z gruczołów chłonniczych zawiera więcéj ciałek białych aniżeli w naczyniach do gruczołów tych prowadzących i że w pierwszym razie można znaleźć w limfie tu i owdzie ciałko czerwone. Z drugiéj strony oddawna uznają powszechnie tylko szpik kostny i śledzionę za narządy krew wytwarzające a R. udowodnił, że sprawa ta odbywa się przez dzielenie się ciałek czerwonych; ztąd możnaby wnosić, że zawiązkiem ciałek czerwonych krwi jest pewna ilość t. zw. hematoblastów z życia płodowego, które stale mieszczą się w śledzionie i szpiku kostnym. Lecz R. stara się udowodnić, że hematoblasty znajdują się i w innych miejscach, jak to miał sposobność wykazać także i w gruczołach limfatycznych u chłopca, który zmarł skutkiem gruźlicy stawu kolanowego. W przypadku tym gruczoły karkowe i w okolicy jelita ślepego były czerwono zabarwione i prawie w dwójnasób powiększone a naczynia mleczowe wychodzące z gruczołów zawierały czerwoną dość gęstą ciecz, w któréj obok ciałek białych i czerwonych było mnóstwo hematoblastów; ponieważ R. znalazł w tym przypadku we wnęce jednéj nerki tkankę tłuszczową, zamienioną na miąższ, zawierający hematoblasty, nie ulega przeto wątpliwości, że sprawę tę należy uważać za metaplazyję tkanki śledzionowéj.

W drugim przypadku znalazł R. taką samą zmianę w gruczołach krezkowych. Przecięcia ich zabarwione hematoksylinem przypominały już pod słabém powiększeniem ciałka Malpighiego śledziony; substancyja bowiem obwodowych zrazików tworzyła okrągławe jaśniéj zabarwione wysepki, a obwód ich był otoczony zabarwioną tkanką zawierającą hematoblasty. Podobieństwo do miąższu śledziony było tém więcéj uderzającém, że i żyły wewnątrz zgrubiałych przegród międzyzrazikowych były rozszerzone. Z drugiéj strony wiadomo, że w prawidłowéj śledzionie brak naczyń limfatycznych i tylko torebka i grubsze beleczki tkanki łącznéj posiadają małą ilość naczyń a więc to wyrugowanie niejako tkanki gruczołu limfatycznego przez tkankę śledziony tłumaczy R. tém, że nadwyżka hematoblastów musi szukać innéj drogi, musi odpływać żyłami a jestto dla tego możliwém, ponieważ równie przewody miąższu śledziony jak i żyły szpiku kostnego nie posiadają zamkniętych ścian; hematoblasty więc mogą przez nie swobodnie do krwi odpływać.

Aufrecht: Sztuczne zapalenie dyfterytyczne błony śluzowéj macicy.

A. przez długi czas zajmował się różnemi bakteryjami chcąc znaleźć odróżniające je cechy; lecz przyszedł wreszcie do przekonania, że tylko mała liczba chorób zakaźnych zawdzięcza swój początek bakteryjom o odrębnych własnościach

morfologicznych, jak np. wąglik, dur powrotny, gruźlica, kłykciny kiłowe itd. Natomiast w wielu chorobach, które, klinicznie biorąc, nie mają ze sobą nic wspólnego, znalazł drobne twory kuliste nieróżniące się kształtem, wielkością, ani nawet ugrupowaniem: do takich chorób należy krup i dyfteryja, podobnież zapalenie płuc krupowe. We wszystkich tych chorobach błony wypocinowe zawierają mnóstwo t. zw. mikrokoków, nieprzedstawiających żadnéj różnicy, bo i kryteryjum podane przez Friedlendera dla zapalenia płuc, jakoby twory znajdowane w plwocinach miały wyraźnie jaśniejszą obwódkę, okazało się zwodniczém. Lecz A. zupełnie takie same bakteryje znalazł w zapaleniu dyfterytyczném błony śluzowéj macicy a w dwóch przypadkach zapalenia płuc u ciężarnych, które w ciągu choroby zmarły, były w miejscu łożyska wyraźne pokłady wypociny dyfterytycznej, a w nich zupełnie identyczne mikrokoki ze znalezionemi w wypocinie płuc. Tu już trudno było oprzeć się przekonaniu, że obie sprawy chorobowe były ze sobą w ścisłym przyczynowym związku i to było pobudką do podjęcia szeregu doświadczeń, które wykonywał w ten sposób, że roztartą i rozpuszczoną w wodzie wypocinę z płuc, a następnie i plwociny świeże wstrzykiwał podskórnie królikom. Te dostawały w krótkim czasie gorączki, roniły i ginęły najdaléj w paru dniach a sekcyja wykazywała często zapalenie w miejscu wstrzyknięcia, a nadto jako prawie stały objaw zapalenie dyfterytyczne błony śluzowéj macicy i to przedewszystkiém w miejscach łożyska.

Że w przytoczonych doświadczeniach jedynie i wyłącznie mikrokoki były przenośnikami choroby dowodzi ta okoliczność, że gdy wyciął kawałek wątroby zaraz po śmierci królików w ten sposób zakażonych i rozgniótł ją w wodzie destylowanéj, ciecz otrzymana zawierała mnóstwo diplokoków ale zresztą żadnych innych składników a przy szczepieniu dawała wynik dodatni. Natomiast sprawie gnicia nie można przypisywać żadnego wpływu pod tym względem; bo wstrzykiwanie cieczy zawierającéj bakteryje gnilne, przedsięwzięte zresztą w zupełnie tych samych warunkach, nie sprowadzało prócz ropnego zapalenia w miejscu zastrzyknięcia i dłużéj lub krócéj trwającéj gorączki, żadnych zmian w ustroju zwierząt do doświadczenia użytych.

Do tego dodać należy, że zupełnie takie same mikrokoki znajdują się w błonie śluzowéj macicy kobiet, które zmarły z zapalenia dyfterytycznego téjże lub z gorączki połogowéj, a będziemy mieli dość silną podstawę do twierdzenia, że wszystkie te sprawy chorobowe, które można objąć ogólną nazwą: grupy dyfterytycznéj chorób zakaźnych, polegają na dostaniu się do ustroju jednych i tych samych upostaciowanych tworów. Rozstrzygnąć, dla czego ta sama przyczyna wywołuje choroby tak bardzo pod względem klinicznym od siebie różne, — będzie rzeczą przyszłych badań. Lecz już teraz można wyciągnąć pewne wskazówki profilaktyczne, tyczące się gorączki połogowéj. Nie ulega wątpliwości, że gorączka połogowa udziela się najczęściéj za pośrednictwem rąk lub narzędzi, stykających się z częściami rodnemi rodzących lub położnic; lecz to udzielenie się tylko wtenczas nastąpić może, jeżeli na rękach lub narzędziach znajdują się swoiste bakteryje, podczas gdy zwykłe bakteryje gnilne nie bywają przyczyną zakażenia. Czystość jak najskrupulatniejsza i odwanianie chroni przed wszystkiemi bakteryjami, lecz nieczystość i brud nie koniecznie musi wywołać zakażenie. Podczas gdy pierwéj trudno było wytłumaczyć ciężkie nieraz przypadki gorączki połogowéj, w których co najwięcéj części rodne zewnętrzne zetknęły się w ciągu porodu lub po porodzie z rękami badającego a jednak przy sekcyi znajdowano silne zapalenie dyfterytyczne szyjki macicy, — trudność ta ustaje, jeżeli sobie wyobrazimy, że twory zakaźne zetknąwszy się z częściami rodnemi zewnętrznemi, dostają się najprzód do krwi a ztąd na zranioną powierzchnię macicy. W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy nie jest możebném, że w obec tożsamości mikrokoków znajdujących się w zapaleniu płuc i w dyfteryi ta ostatnia powstaje analogicznie do innych chorób zakaźnych w ten sposób, że bakteryje dostają się inną drogą a w pierwszym rzędzie przez narząd oddechowy do krwi, a ztąd aż do miejsc przyczepienia łożyska w macicy. Jakkolwiek nic pewnego nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć na to pytanie, żądanie jednak A., ażeby uważać na to, czy w rodzinie lub w praktyce lekarz i akuszerka nie ma do czynienia z którą chorobą zakaźną z grupy dyfterytycznéj, wydaje się zupełnie usprawiedliwioném.

Seeligmüller: **O osłabieniu serca.**

Autor wyklucza choroby serca ze zmianami anatomicznemi a zastanawia się nad t. zw. neurastenią serca. Syptomatologija téj choroby była dotąd tak niedokładną, że trudno ją było uważać za odrębną jednostkę chorobową i chorzy ci często byli uważani raczéj za śledzienników, zwłaszcza że niektóre objawy rzeczywiście przypominają tę nerwicę. Na podstawie przypadków przez siebie spostrzeganych daje S. następujący obraz téj choroby: U ludzi, zwłaszcza mężczyzn nerwowych, którzy już od dłuższego czasu uskarżali się na bicie serca i ból w okolicy tegoż, występuje nagłe osłabienie ogólne, które często jest, przynajmniéj z początku, w niestosunku z odżywieniem, a potęguje się jeszcze bardziéj skutkiem bezsenności, procz tego chorzy mają często uczucie ciśnienia w głowie, są roztargnieni, niezdolni do pracy systematycznéj a badanie serca okazuje tony głuche, tętno słabe i rzadkie od 40—60. Prócz téj formy stałego osłabienia jest jeszcze forma przerywana, w któréj to uczucie występuje po dłuższém natężeniu, choć zresztą chorzy oddają się swym obowiązkom. Prawie wszyscy chorzy tego rodzaju nie mogą leżeć na lewym boku. Przyczyną choroby bywają wzruszenia umysłowe, wysilenie mięśniowe, choroby zakaźne jak dur, dyfteryja, nadużywanie kawy, herbaty, tytoniu, alkoholu itd.

Najważniejszą część leczenia stanowi spokój i ćwiczenia gimnastyczne metodycznie przedsiębrane, ciepłe pełne kąpiele, dobre odżywienie, unikanie środków pobudzających, kawy, środków alkoholowych, przebywanie w okolicach górskich, wreszcie używanie małych dawek chininu. (C. d. n.)

P. Bruns: **O obecnym stanie leczenia wola.**

Że niektórzy lekarze uważają wól za chorobę nie bardzo groźną, pochodzi to ztąd, że nieraz spotykamy chorych z wolem bardzo znacznych rozmiarów, którzy nie doznają żadnych większych dolegliwości, i dochodzą do bardzo późnego wieku. Niebezpieczeństwo wola nie leży tyle w jego wielkości, ile w jego położeniu do tchawicy; daleko mniéj niebezpiecznym jest wól wielkości dużéj pięści, ale zwieszający się, aniżeli wielkości włoskiego orzecha umieszczony pod mostkiem i uciskający tchawicę. — Tchawica jest owym organem, na którym wól, zdaniem Rosego, sprowadza największe zmiany; upośledzając bowiem te pierwsze drogi oddechania wpływa szkodliwie na mechanizm oddechania i krążenie krwi. — Pierwszą zmianą na tchawicy jest przemieszczenie takowéj, a przez ucisk zwężenie światła

téjże, w skutek czego upośledzony zostaje mechanizm oddechania, powstaje zastój żylny na szyi, rozwija się powoli rozszerzenie serca prawego z następowym zanikiem albo tłuszczowém zwyrodnieniem, a ze strony płuc rozedma i rozstrzeń oskrzelowa. Nie da się więc zaprzeczyć, że te zmiany wpływają szkodliwie na organizm i podkopują zdrowie, a tém samém musimy uważać wól za chorobę większéj wagi, z którą lekarz liczyć się musi. — Gdy jeszcze dodamy do tego, że każdemu choremu z wolem grozi niebezpieczeństwo nagłéj śmierci (Kropftod), którą Rose tłumaczy w ten sposób, że chrząstki tchawicowe ulegają zanikowi przez nacisk i tchawica przy jakim ruchu gwałtownym szyi zagina się zamykając zupełnie światło, to nie możemy lekceważyć tego cierpienia, owszem starać się musimy wystąpić energicznie z leczeniem w każdym przypadku wola.

Różne są sposoby leczenia wola: od najdawniejszych czasów stosowano różne smarowania, podawano środki wewnętrznie a odkąd została udoskonalona technika operowania, a mianowicie nauczono się dokładnie tamować krwotoki i odkąd rozwinęło się leczenie ran przeciwgnilne, wyłuszczenie wola stało się środkiem najpewniejszym i jedynym usunięcia tego cierpienia. Dość przytoczyć zestawienie przypadków wyłuszczenia wola, aby powiedzieć, że dzisiaj daleko częściéj uciekamy się do tego rękoczynu i to zawsze z pomyślnym skutkiem. Kiedy innym sposobem nie mogliśmy niczego dokonać, kiedy do roku 1850 wykonano 44 razy powyższą operacyję, powtórzono ją od roku 1850 do 1877 118 a od roku 1877 do 1883—240 razy. — Nie w każdym jednak przypadku wola musimy zaraz przystąpić do jego wyłuszczenia, bo ten rękoczyn uwalnia wprawdzie chorego od jednego cierpienia, ale niezadługo, bo regularnie po upływie 1—2 miesięcy, niekiedy dopiero 4—6, po operacyi sprowadza charłactwo powoli, lecz coraz więcéj się rozwijające, tak zwaną *Cachexia strumipriva* (Kocher), zwłaszcza gdy nastąpiło całkowite wyłuszczenie wola; ale możemy stosować inne środki, i to z bardzo pomyślnym skutkiem.

Jaki zaś sposób leczenia w pojedynczym przypadku wybrać należy, zależy to od anatomicznéj budowy wola. — Dla tego ze względów praktycznych rozróżniamy 2 rodzaje wola: miąższowy i torbielowaty. Gdy mamy przed sobą wól miąższowy i do tego u osoby młodéj i w wolu nie nastąpiło zwyrodnienie, to stosowanie przetworów jodowych, podawanych wewnętrznie bądź zewnętrznie w postaci maści bądźto w postaci wstrzykiwania miąższowego, przy zachowaniu bardzo wielkiéj ostrożności — bo znane są przypadki nagłéj śmierci po wstrzyknięciu jodu w miąższ wola, obok nielicznych przypadków zropienia wola z następstwami, bywa uwieńczone zawsze bardzo pomyślnym skutkiem a za wskazówkę, że po leczeniu jodowém możemy się spodziewać zupełnego zniknięcia wola, niechaj nam posłuży nagła różnica w rozmiarach wola zaraz przy początku leczenia jodem.

Bezskuteczne jest stosowanie przetworów jodowych w miąższowym wolu zwapniałym, włóknistym, koloidowym a tutaj tylko wyłuszczenie jest wskazane i uzasadnione. — Nie wyłuszczamy nigdy wola miąższowego ze względów kosmetycznych, chyba że wól stanowi guz mały, łatwo wyłuszczyć się dający, obok reszty gruczołu tarczykowego zdrowéj. Wyłuszczamy więc wól przy znaczném utrudnieniu oddechania, lub gdy w miarę szybkiego wzrostu guza powiększają się dolegliwości, wykonywamy ten rękoczyn, gdy chory nie mógł oddawać się swemu rzemiosłu, jak szewc któremu prof. Bruns wyłuszczył wól z powodu tego, że ile razy ten rzemieślnik schylił głowę przy swéj pracy, doznawał trudności w oddechaniu. — Zdawałoby się, że kiedy nie widzimy po stosowaniu jodu żadnéj rożnicy w wielkości wola, możemy bezkarnie przystąpić do wyłuszczenia jego. Tak postąpować nie możemy i nie powinniśmy, zwłaszcza gdy chcemy wyłuszczyć cały gruczoł tarczykowy, abyśmy nie byli zmuszeni obserwować na naszych chorych tego następowego cierpienia, o którém powyżéj wspomniano.

Dotychczas spostrzegano 32 przypadków tego rodzaju charłactwa i przyszli badacze do następujących rezultatów: *Cachexia strumipriva* występuje regularnie w 1—2 a niekiedy w 4—6 miesięcy po operacyi, pojawia się tylko wtedy, jeżeli wyłuszczono cały gruczoł tarczykowy, nie rozwija się gdy wystąpiła recydywa wola wyszła bądź z zostawionéj resztki wola, bądź z gruczołu tarczykowego dodatkowego, jedném słowem nie rozwija się powyższe charłactwo po częściowém wyłuszczeniu, nosi cechę charłactwa powoli rozwijającego się ale postępującego naprzód, a którego przyczyny szukać musimy jedynie w usunięciu gruczołu tarczykowego; w wewnętrznych narządach nie znajdujemy żadnéj zmiany, szczególnie nie napotykamy powiększenia śledziony ani zapalenia nerek. Istnieje tylko w ciężkich przypadkach znaczna niedokrewność w formie *oligocythämii.* Ciałka krwi nie zmieniają kształtu, ciałka krwi białe nie zostają pomnożone, za to liczba ciałek krwi czerwonych zmniejsza się niekiedy do połowy normalnéj ilości; tak znalazł prof. Bruns u 26 letniéj dziewczyny, u któréj po wyłuszczeniu całkowitém wola torbielowo-miąższowego rozwinęła się bardzo wybitna *Cachexia strumipriva* w 2 miesiące po operacyi, liczbę ciałek krwi czerwonych zapomocą metody Malasseza 2·100·000 na 1 sz. mm. a. hemoglobin zmniejszony o połowę. Przechodząc zaś pojedyncze narządy znajdujemy obok zmiany w krwi jeszcze następujące: twarz obrzękłą, głównie wargi zgrubiałe i obrzmiałe, powieki surowiczo obrzękłe, cerę twarzy woskowo bladą a właściwie żółtawą, grę mięśni twarzowych zupełnie zanikłą, ztąd wyraz twarzy głupkowaty, błonę śluzową warg i jamy ust bladą, język powiększony, zgrubiały, ztąd mowę jak przy powiększeniu migdałków nosową i bardzo powolną, obrzmienie podniebienia miękkiego, skórę na całém ciele suchą, łuszczącą się, zgrubiałą, o miękkiéj tęgości, wydzielinę potu zniesioną, włosy cienkie, suche i skąpe, uczucie znużenia w odnogach, uczucie mrowienia i zimno w rękach i nogach, ruchy ciała powolne i słabe, pomimo że nie spostrzegamy porażenia, mięśnie niezmniejszone, owszem dobrze rozwinięte, chorzy nie mogą rękami wykonywać delikatnych robót, stają się niezręcznymi, jak ruszają się i mówią powoli, tak pojmują i myślą powoli. Na pytanie odpowiadają należycie, ale po długiém namyślaniu się i powoli, pamięć szczególnie u dzieci tępieje, bystrość wzroku i słuchu słabnieje, tylko w ciężkich przypadkach spostrzeżono, głównie u tych, co w bardzo młodym wieku byli operowani, wstrzymany wzrost ciała co do długości, a dostateczny rozwój głowy. — Nie znając znaczenia fizyjologicznego tego organu nie możemy sobie wytłumaczyć związku pomiędzy pojedynczemi zmianami. Możemy tylko tyle powiedzieć, że powyższe charłactwo powstaje zapewne przez usunięcie organu, który ma specyjalną czynność w organizmie. Czy on jest regulatorem krążenia krwi mózgu, czy bierze udział w tworzeniu krwi, jak śledziona i szpik kostny, czy tylko nagromadza materyjały krążące w krwi i przeistacza te, które nagromadzone w krwi stają się bardzo szkodliwe, czy wytwarza substancyje, które krążąc w krwi wpływają na normalne

odżywianie systemu nerwowego, za czém przemawiałoby powolne rozwijanie się powyższego charłactwa, tego na pewne twierdzić nie możemy, a tém samém na powyższych teoryjach opierać tłumaczenia powyższych zmian. — Zostawiamy je jak wiele innych pytań w organizmie bez rozwiązania.

W końcu pozostaje nam jeszcze wspomnieć o leczeniu wola torbielowatego. — Tutaj mamy różne metody: jedni wypuszczają płyn zawarty w torbielu i wstrzykują przetwór jodowy, drudzy robią nacięcia, inni wreszcie wyłuszczczają jak wól miąższowy zwyrodniały. Doświadczenie atoli uczy, że pierwsza metoda prowadzi do pomyślnego wyniku wtedy, jeżeli mamy przed sobą pojedynczy jednokomorowy torbiel z gładką ścianą a zawartością dobrze płynną. W ten sposób wyleczył Biltroth 35 przypadków torbielowatego wola, między którémi były 2 torbielowate o zawartości 800 gramów. Przy tym sposobie leczenia trzeba jednak poprzednio zbadać dokładnie krtań i wtedy ciecz z torbiela wypuszczać a potém wstrzykiwać, jeżeli znajdziemy unerwienie krtani zupełnie normalne.

Zamiast wstrzykiwać nalewkę jodową, lepiéj wstrzyknąć płyn Lugola i po kilku minutach znowu go wypuścić. Inne torbielowate wole wielokomórowe z zgrubiałemi, zwapniałemi i skostniałemi ścianami należy wyłuszczyć, co daje się z większą łatwością wykonać aniżeli przy wolu miąższowym. Możnaby robić nacięcie, ale wyłuszczanie prędzéj prowadzi do celu.

Wyłuszczajmy jednak jak przy wolu miąższowym tak i przy torbielowatym tylko częściowo, abyśmy nie sprowadzili choremu przez całkowite wyłuszczenie charłactwa, które może jest daleko gorsze niż cierpienie pierwotne.

Dr. Stanisław Braun.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 7 listopada 1884.

Przewodniczy: kol. Świderski. Obecni koll. Świderski, Jerzykowski, Zielewicz, Jarnatowski, Grodzki, Osowicki, Stan i sekretarz.

W rozprawie nad chorobami nagminnie panującemi zabiera glos kol. Jerzykowski, który spotyka chwilowo dość często koklusz z gorączką, przyczém płuca są wolne. Kol. Świderski: Ulice: wrocławska, wodna, św. Marcina, obfitują w liczne przypadki odry, któréj objawy gardlane mijają prędko. W rodzinie pewnego szewca leczy S. 4ro dzieci na szkarlatynę, a w żadnym przypadku takowa nie jest powikłana z dyfteryją. — Kol. Jarnatowski widuje liczne przypadki zapaleń gardła z dość znaczną gorączką, ale bez dyfteryi. — Kol. Zielewicz leczył niedawno w zamożnéj rodzinie dziecko 8 letnie na szkarlatynę, która mimo łagodnego przebiegu zasługuje na wspomnienie. Już 4go dnia nastąpiło łuszczenie, gdy 5go powstaje ból w gardle zapowiadający dyfteryję; była ona łagodną mimo obszernego na prawym migdale rozszerzenia. W 2 dni późniéj powstaje ropień pozapołykowy. Nie mogąc u dziecka tego wystąpić z nożem, zajął kol. Z. stanowisko wyczekujące i dopiero w kilka dni późniéj wzmagający się ropień paznogciem przebił. Gdy i pod tym względem stan począł się polepszać, wystąpiły na zakończenie utrapień chorego i otoczenia objawy zapalenia nerek. — Wicherkiewicz podnosi, że kilku chorych w zakładzie okulistycznym dostało zapalenia migdałów z dość silną gorączką, która jednak wraz z objawami gardła tylko pod wpływem przepłukiwań chlorkiem potasu ustąpiła. Niebawem przedstawia się czwarta chora skarżąca się na gardło a zarazem i ból głowy, dziewczyna 18-letnia, u któréj oględziny wykazują na obydwóch migdałach w obszarze 10-fenigówki najzupełniéj znamionujące dyfteryję błony szaro-żółte, ściśle z tkanką spodnią połączone; przytém nabrzmienie gruczołów podszczękowych, a mimo to, chora wolną była od gorączki. Tętno zupełnie prawidłowe. Dziewczyna ta zresztą dni już kilka przedtém czuła ból gardła, ale żadnéj jak sądziła nie miała gorączki. Z obawy przed rozpowszechnieniem dyfteryi pomiędzy chorymi ocznymi odesłał W. dziewczynę do zakładu Sióstr Miłosierdzia, zkąd po 5 dniach wróciła celem dalszéj kuracyi ocznéj do kliniki. W. zapytuje, czy który z kolegów nie spotkał się z przypadkiem tym u Szarytek i czy znane są przypadki dyfteryi bez gorączki. — Jerzykowski przypomina doświadczenie Kaczorowskiego, który swego czasu twierdził, że istnieje dyfteryja bez gorączki. — Kol. Osowicki mniema, że także widywał, lubo rzadko, dyfteryję bez gorączki. Tenże leczy chwilowo tak ciężkie przypadki szkarlatyny, jakich już dawno nie widywał. Niektóre powikłane z dyfteryją, inne ze zropieniem gruczołów. Kol. O. zrobił doświadczenie, że tam, gdzie występuje zapalenie nerek, gruczoły podszczękowe nie ulegają ropieniu i sądzi, że jedno cierpienie drugie wyklucza. — Kol. Jarnatowski, który spotyka się obecnie z licznemi przypadkami duru brzusznego, podnosi okoliczność, że jak powyższe spostrzeżenia kolegów dowodzą, z kilkoma równocześnie mamy do czynienia chorobami lasecznikowemi. — Kol. Zielewicz zapytuje się, czy który z kolegów widział powikłania tyfusowe. Sam bowiem widział przypadek tyfusu z późniejszym krwotokiem. Przypadek ten zakończył się śmiercią. — Kol. Osowicki: Stara szkoła stawia dobrą przepowiednię w obec krwotoków pojawiających się w tyfusie przy końcu trzeciego tygodnia.

Poczém przystąpił Wicherkiewicz do wygłoszenia swego odczytu pod tytułem: „Przyczynki do kazuistyki i dermoplastyki powiek.“ Prelegent wykazuje, w jaki sposób powieki uledz mogą częściowemu lub zupełnemu zniszczeniu, przedstawia niebezpieczeństwa gałce ztąd grożące, wykazuje niedostateczność lub niemożność nadrobienia lub odnowienia powiek przez przemieszczenie płatów z sąsiedztwa, opisuje sposób operowania przez przemieszczenie płatów skórnych wolnych, przytacza nieliczną dotychczas kazuistykę, a podnosząc dodatnią stronę własnego w *Kl. Monatsb. f. pr. Augenheilk.* z roku 1882 opisanego sposobu, polegającego na odczepieniu powiek wywróconych, zaszyciu brzegów tychże i pokryciu na ranę w kilka lub w kilkanaście dni później, skoro zdrowa wybuja ziarnina, odpowiednio wszelkich kawałków skóry wyjętych z ramienia lub innego miejsca, przedstawia trzech przez siebie operowanych, a mianowicie: 1. Chłopca 4-letniego, u którego przed 2 laty znaczne bardzo wywrócenie powieki dolnéj operował własnym sposobem, skutek pozostał wyśmienity.—2. Wyrobnika 32-letniego, u którego z powodu wywróconych obydwóch powiek, co wywołaném było prawdopodobnie czarną krostą albo też różą, zastósował metodę Wadswortha i przemieścił przed niespełna 3ma tygodniami na utworzoną ranę górnéj i dolnéj powieki dwa płaty. Zagojenie nastąpiło doraźne, płaty przyrosły wyśmienicie, lecz mimo to po rozcięciu poprzednio zeszytych powiek w skutek skurczenia się płatu, dolna powieka poczyna znowu nieco od gałki odstawać.—3. 40-letniego robotnika A., któremu gdy spadł z wozu, koło zmiażdżyło doszczętnie górną i dolną powiekę. Po zabliźnieniu się ran, W. przystąpił przed 12tu dniami po zeszyciu zwolnionych spojówek do pokrycia obnażonéj zupełnie gałki płatem znacznym wyjętym z ramienia. Z powodu niespokojnego zachowania się chorego i nader niekorzystnych stosunków miejscowych, skutek nie jest tak dobry jak w drugim przypadku, nie wszędzie też brzegi jego przylegają. Dlatego w kilku miejscach wierzchnia warstwa płatu nieco się odłącza. Mimo to i ten przypadek wykazuje, że płat skóry znacznych rozmiarów zupełnie wolny może na innéni nożem odświeżonéni miejscu zrosnąć się [1]).

Z wykladami na przyszłe posiedzenie zgłosili się: kol. Koehler: „Obecny stan patologii i terapii chorób nosa“ i kol. Osowicki: „O antipyrynie u dzieci.“ *Dr. B. Wicherkiewicz.*

Sekcyja rzeszowska

Posiedzenie z d. 20 października 1884.

Przewodniczący kol. Barzycki. Obecnych członków 9.

1) Kol. Barzycki przedstawia chorego mężczyznę lat 64 liczącego, dotkniętego cukrzycą. W przypadku tym zastanawia niezwykle wysoki ciężar gat. moczu 1·06. Cukier wykazano pró-

[1]) Bliższe szczegóły o tych i kilku innych przypadkach podane będą w obszerniejszéj pracy.

bą Trommera, azotanem bizmutu, żółcią wołową i przez fermentacyję.

W dyskusyi o najnowszych zapatrywaniach na tę chorobę zabierają głos koll. Jabłoński i Janocha.

2) Kol. Kramarzyński opowiada przypadek duru brzusznego leczony w prywatnéj praktyce. Choroba o ciężkim przebiegu trwała 3 tygodnie. W kilka dni po ustąpieniu gorączki pojawiło się nieżytowe zapalenie płuc, które śród znacznéj gorączki ustąpiło dopiero po $2^1/_2$ tygodniach. Po kilkudniowym stanie bezgorączkowym wystąpiły ponownie wszystkie przypady durzycy brzusznéj bez widocznéj lokalizacyi i utrzymują się do dziś dnia (11 dzień).

Następnie obecni udają się do rzeszowskiego szpitala powszechnego, gdzie

3) Kol. Drobner przedstawia przypadek ciąży w 7 miesiącu u pierwiastki 18-letniéj, która z powodu ostrego zapalenia nieżytowego pęcherza moczowego i cewki moczowéj na oddział chorób wewn. przyjętą została. Przypadek ten o tyle jest ciekawym, że przy bolesném zresztą dla choréj kateteryzowaniu koniec kateteru napotyka na tylnéj ścianie pęcherza obrzmienie (prawdopodobnie nieprawidłową fałdę błony śluzowéj pęcherza) w postaci nowotworu.

Rotter sekretarz Sekcyi — *Barzycki* przewodniczący.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Liczba lekarzy w król. Pruskiém wynosi obecnie 8693. Berlin liczy 1027 lekarzy, Wrocław 258, Kolonija 148, Królewiec 137, Frankfurt n./M. 124, Hanower 107, Wiesbaden 90, Bonn i Gdańsk po 70. W Berlinie przypada 1 lekarz na 1096 mieszkańców, w całém Królestwie 1 na 3097, w niektórych powiatach wschodnich 1 na 6—7000 m. 71 miasteczek nie ma ani lekarza ani apteki. Fizyków obwodowych liczy królestwo 472, a chirurgów obwodowych 427, pierwsi otrzymują 960, a ostatni 600 mark płacy rocznéj (!). Na 9ciu Wydziałach lekarskich jest 88 profesorów zwyczajnych, 99 nadzwyczajnych i 117 docentów prywatnych. W roku ubiegłym zgłosiło się do egzaminu rządowego 460 doktorów, z których zdało 335.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,8. Z odry umarło 1 (2 z. t.); z płonicy 0 (5 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 7 przypadkach odry, 1 krztuśca. W tygodniu od 14—20 grudnia umarło z ospy w Londynie 33, leczyło się w szpitalach 1125, świeżo zapadło 212. W Pradze umarło z ospy 1, w Paryżu 2, w Madrycie 3, w Wiedniu 4, w Petersburgu 5 w Rzymie i Lizbonie po 7, w Odesie i Wenecyi po 8. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu po 1, w Madrycie 2. Odra złagodniała w Kopenhadze. Z cholery umarło od 14—20 grudnia w Paryżu 3, w Bombayu od 12—18 listopada 14.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,7; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 24,8; w Wiedniu 23,6; w Pradze 28,1; w Berlinie 22,0; w Hamburgu 24,3; w Gdańsku 28,9; w Mnichowie 24,3; w Dreźnie 21,4; w Lipsku 23,4; we Wrocławiu 29,4; w Genewie 22,8; w Brukseli 25,2; w Amsterdamie 29,4; w Hadze 21,0; w Paryżu 23,6; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 28,8; w Stokholmie 27,9; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 25,5; w Odesie 26,8; w Rzymie 27,6; w Wenecyi 40,0; w Bukareszcie 25,7; w Madrycie 31,7; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 32,4; w Nowym Yorku 23,3; w Filadelfii 20,9; w Bombayu 25,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 stycznia. Na posiedzeniu Wydziału lek., odbytém przedwczoraj, zgromadzenie uczciło przez powstanie pamięć zmarłego dziekana, poczém wybrało jednomyślnie na rok bieżący dziekanem dotychczasowego prodziekana, prof. Stopczańskiego. Zastępstwo w wykładach fizyjologii po koniec półrocza poruczono prof. Łazarskiemu a wreszcie ustanowiono komisyję z 5 członków złożoną, mającą obmyśleć sposób obsadzenia opróżnionéj katedry.

* N. Pan raczył zezwolić, aby prof. Oettinger w miejsce wynagrodzenia rocznego pobierał odtąd płacę stałą z odpowiednim dodatkiem aktywalnym. Przekonani jesteśmy, że najwyższe to uznanie wieloletniéj pracy przyjętém będzie radośnie przez wszystkich kolegów.

* Reskryptem z d. 6 grudnia r. z. do L. 22,149 c. k. Ministerstwo Oświecenia w przedmiocie budowy klinik i zakładu patolog. zarządziło co następuje:

a) Wnioski przedstawione ostatecznie co do wyboru gruntów pod budowę powyższych zakładów zostały przyjęte i zatwierdzone.

b) Uwzględniając naglącą potrzebę odpowiedniego umieszczenia kliniki chirurgicznéj i rychłego postawienia dla niéj nowego budynku, wstawiło Ministerstwo do budżetu państwa na r. 1885 pierwszą ratę na pokrycie wydatków téj budowy w kwocie 40.000 złr. i oznajmiło, że zgadza się na rozpoczęcie budowy w tym roku, jeżeli powyższa pierwsza rata w drodze ustawodawczéj przyzwoloną zostanie.

c) Planszkice budowy dla kliniki chirurgicznéj, zbadane szczegółowo, uznane zostały za odpowiednie.

d) Poleciło, ażeby sporządzono jak najspieszniéj szczegółowy projekt budowy dla kliniki chirurgicznéj i odpowiedni kosztorys.

e) Decyzyja względem budowy drugiego pawilonu na umieszczenie kliniki lekarskiéj, okulistycznéj i położniczéj wstrzymaną została i nastąpi dopiero wówczas, gdy będzie załatwiona kwestyja administracyjnego połączenia klinik ze szpitalem św. Łazarza. W tym celu mają być przedsięwzięte rokowania z Wydziałem krajowym a wynik tychże udzielonym Ministerstwu.

Względem budowy na umieszczenie zakładu anatomii patolog. oznajmiło Ministerstwo, że przyzwala w zasadzie na tę budowę według przedłożonego projektu i oczekuje przedłożenia sobie szczegółowych planów i kosztorysu téj budowy.

C. k. Namiestnictwo donosząc Władzom tutejszym o tém rozporządzeniu Ministerstwa dodaje, że celem wykonania postanowień powyższych poleciło c. k. staroście Ottmanowi, aby bezzwłocznie udał się do Krakowa oraz prosiło Wydziału krajowego, aby z ramienia swego również delegata wysłał na miejsce.

Tak więc po wieloletnich staraniach, dzięki obecnemu Ministerstwu a głównie dzięki p. Ministrowi skarbu, Wydział lekarski Uniw. Jagiell. stanął u progu swych marzeń i życzeń, a nie ulega już wątpliwości, że rok 1885 zwiastowuje szczęśliwy zwrot w historyi naszego Wydziału.

* W piątek d. 2 bm. odbył się pogrzeb śp. prof. Piotrowskiego przy niezwykłym udziale wszystkich warstw społeczeństwa. Przed wyniesieniem zwłok przemówił w pomieszkaniu nieboszczyka Prezes Akademii Majer i złożył na trumnie wieniec laurowy. Kondukt prowadzony przez X. Pelczara, b. rektora U. J., kroczył przez ulicę św. Anny, ową ulicę akademicką, gdzie zmarły przez ćwierć wieku pracował, Rynek i ulicę Floryjańską; trumnę dźwigali uczniowie Uniwersytetu, a za nią płynęła fala obywateli, a śmiało powiedzieć można, że widziano wszystkich, którzy tylko do inteligencyi się zaliczają. Mimo mrozu mało kto pozostał w tyle i największa część towarzyszyła nieboszczykowi na miejsce wiecznego spoczynku. Liczne wieńce, ofiarowane przez rodzinę, przyjaciół, Akademiję Umiejętn., Uniwersytet, Wydział lek., Tow. lek., Szkołę czernichowską, Czytelnię akademicką, uczniów wszystkich Wydziałów, Redakcyję Przeglądu Lek. itd. nieśli akademicy. Nad grobem przemówił rektor U. J. prof. Rydel a w imieniu uczniów słuchacz medycyny p. Jendl.

* Z prawdziwą przyjemnością donosimy, że podana przez nas w Nrze 1ym wiadomość o śmierci sędziwego prof. Brodowicza, okazała się mylną.

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego, odbytém d. 7 bm. pod przewodnictwem Dra Kwaśnickiego, odbyły się sprawozdania statutem przepisane, poczém po pożegnaniu Towarzystwa przez ustępującego prezesa i podziękowaniu mu przez Zgromadzenie za trudy całoroczne, objął kierownictwo wybrany na rok bieżący prezes prof. Rosner.

* Dr. Bossowski, elew kliniki chirurgicznéj krakowskiéj, który wysłany przez prof. Mikulicza, już przez 3 miesiące pracował u znanego bakteryjologa, prof. Rosenberga w Gietyndze,

dzięki usilnym staraniom prof. Mikulicza, osobiście w Wiedniu podjętym, otrzymał drogą telegraficzną od Ministerstwa Oświecenia zawiadomienie, że Ministerstwo spraw wewnętrznych w Berlinie na przedstawienie Rządu austryjackiego udzieliło mu pozwolenie kształcenia się daléj w Ces. Urzędzie zdrowia pod kierunkiem Kocha. Korzystając z tego wyjątkowego i rzadko udzielanego pozwolenia Dr. Bossowski udał się natychmiast do Berlina a po powrocie ztamtąd pracować będzie daléj w tym kierunku w urządzić się na ten cel mającéj pracowni, z kliniką chirurgiczną połączonéj.

* Według rozporządzenia Ministerstwa wszyscy urzędnicy publiczni, a więc i profesorowie, lekarze rządowi itd. na wszystkich kolejach rządowych odtąd opłacać będą za bilety jazdy połowę ceny, a w razie przeniesienia się za przewożenie mebli również połowę tylko płacić będą.

* **Paryż.** Dr. Debove otrzymał nagrodę Lacaza (10,000 fr.) za dzieło: *Leçons sur la tuberculose parasitaire.*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Wydział lekarski przedstawił na katedrę osieroconą po Cohnheimie następujące terno: Reklinghausen, Ziegler i Birch-Hirschfeld. Ponieważ pierwszy z pewnością nie przyjmie, więc właściwie Ziegler jest przedstawionym. Pominięcie zupełne Weigerta uderza powszechnie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Orłowskiego: Trzy przypadki cięcia podbrzusznego; Gajkiewicza: Ostre rozlane zapalenie części grzbietowéj rdzenia pacierzowego z pomyślném zejściem; Zagórskiego: Niezwykły przebieg ropnego zapalenia miedniczki. — W *Medycynie* Nr. 1: Rosego: O szczególnéj postaci malaryi spostrzeganéj w r. 1883 w Warszawie; Schaittera: O kwestyi przeżycia.

Redakcyja otrzymała:

WENDA i WIOROGÓRSKI: Nowe leki, ich własności i zastósowanie. Warszawa 1884, in 8vo str. 136 i XVII.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi

Dr. B. w L. Życzeniu kolegi co do odbitek już nie możemy dogodzić. Zwracamy przy téj sposobności ponownie uwagę szan. współpracowników, że każdy otrzymać może dowolną ilość osobnych odbitek z pracy swéj, jeżeli życzenie odnośne objawi przed wydrukowaniem rozprawy: najpraktyczniéj postępuje sobie, kto na rękopiśmie swym odrazu wymienia ilość odbitek, których sobie życzy. Sporządzenie odbitek po wydrukowaniu rozprawy znaczy tyle, co ponowne złożenie jéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.